N° 75-001-XIF au catalogue

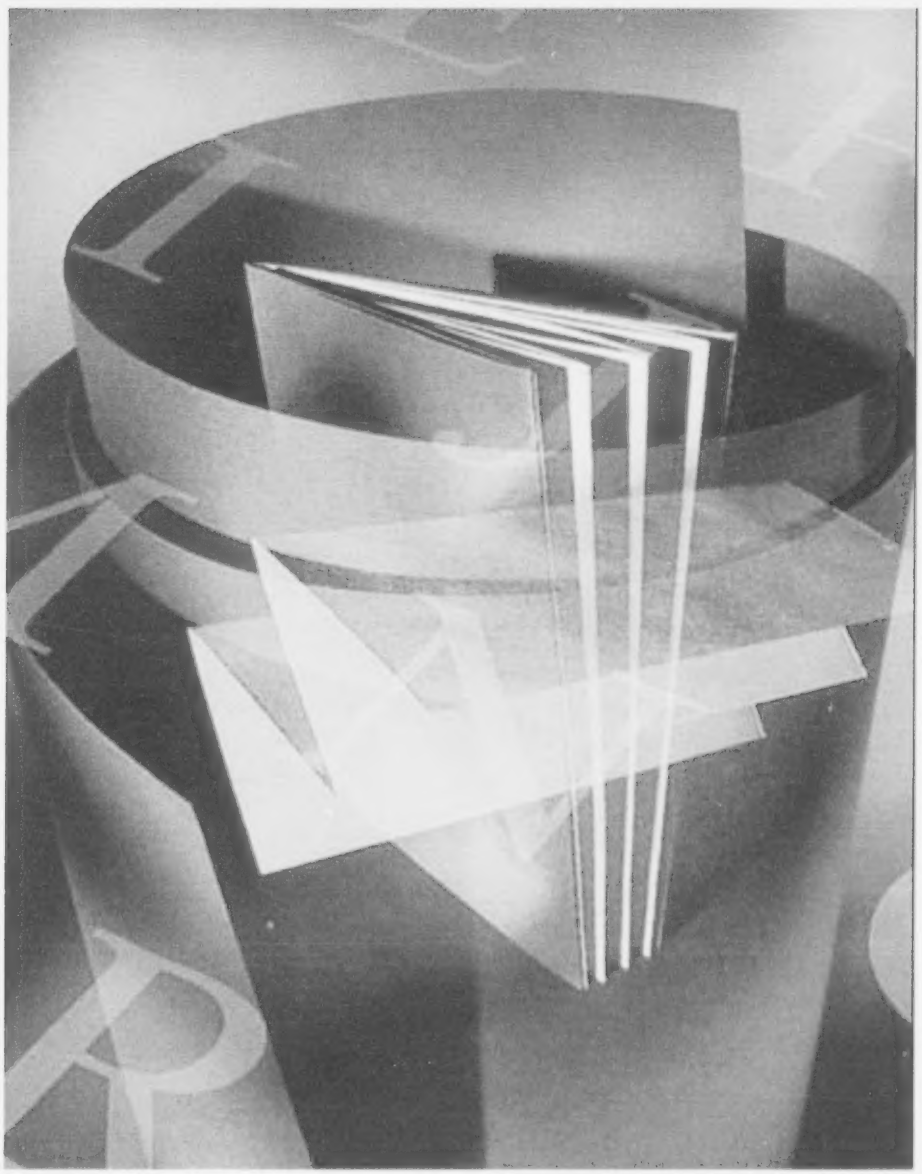
L'EMPLOI ET LE REVENU EN

PERSPECTIVE

DÉCEMBRE 2003
Vol. 4, n° 12

■ CONTRE VENTS ET MARÉES

■ LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ



Statistique Canada Statistics Canada

Canada

À votre service...

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : *L'emploi et le revenu en perspective*, 9-A6, Jean-Talon, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-4608; courriel : perspective@statcan.ca).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

Service national de renseignements	**1 800 263-1136**
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	**1 800 363-7629**
Renseignements concernant le Programme des bibliothèques de dépôt	**1 800 700-1033**
Télécopieur pour le Progamme des bibliothèques de dépôt	**1 800 889-9734**
Renseignements par courriel	**infostats@statcan.ca**
Site Web	**www.statcan.ca**

Normes de service au public

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois et dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer sans frais avec Statistique Canada au 1 800 263 1136.

L'emploi et le revenu en perspective
(n° 75-001-XIF au catalogue; also available in English: *Perspectives on Labour and Income*, Catalogue no. 75-001-XIE) est publié trimestriellement par le ministre responsable de Statistique Canada. ©Ministre de l'Industrie, 2003.
ISSN : 1492-4978.

Prix : 6 $CAN l'exemplaire, 52 $CAN pour un abonnement annuel. Les prix ne comprennent pas les taxes de ventes.

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
p	préliminaire
r	rectifié
x	confidentiel
E	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié

Faits saillants

Dans ce numéro

Contre vents et marées

- Les trois quarts des Canadiens de 15 ans et plus (18,9 millions) se sont adonnés aux jeux de hasard en 2002. Selon l'Indice de gravité du jeu compulsif, la majorité de ces joueurs (93,7 %) n'éprouvaient pas de problème à ce chapitre, tandis que les autres étaient des joueurs excessifs (0,6 %) ou risquaient de le devenir (5,7 %).
- L'achat de billets de loterie représentait l'activité de jeu la plus populaire (taux de participation de 65,0 %). Ceux qui choisissaient entre autres ce type de jeu étaient les moins susceptibles d'être des joueurs à risque ou excessifs (6,5 %). Malgré leur popularité moindre (taux de participation de 6,1 %), les appareils de loterie vidéo créaient la plus forte dépendance au jeu puisque 25,6 % des personnes s'y adonnant étaient des joueurs à risque ou excessifs.
- Parmi les joueurs nettement plus susceptibles d'être à risque ou excessifs figuraient les hommes (7,8 %), les Autochtones (18,5 %), les personnes moins scolarisées (7,6 %) et celles qui jouaient chaque semaine (14,3 %) ou chaque jour (30,3 %).
- Comparativement aux joueurs sans problème, les joueurs excessifs avaient des taux bien plus élevés de dépendance à l'alcool (15 % contre 2 %), de détresse psychologique (29 % contre 9 %), de problèmes familiaux à cause du jeu (49 % contre 0 %) et de difficultés financières en raison du jeu (53 % contre 0 %).
- Des 85 % de joueurs excessifs conscients de leurs difficultés, plus de la moitié ont déclaré avoir tenté de renoncer au jeu au cours de la dernière année, mais sans y parvenir.
- Le quart des joueurs excessifs ont déclaré avoir souffert de dépression clinique majeure à un moment ou l'autre dans leur vie, et un cinquième des joueurs avaient envisagé le suicide au cours de la dernière année.

Les professionnels de la santé

- Les professionnels représentaient 57 % des travailleurs de la santé en 2001. La majorité d'entre eux (63 %) étaient des infirmières, suivies de loin par les médecins (omnipraticiens et spécialistes), qui représentaient 14 %.
- Les infirmières autorisées travaillant à temps plein toute l'année ont connu la plus forte hausse du revenu médian parmi les professionnels (8,0 %). Vu l'importance de leur effectif, elles ont largement contribué à la croissance de 8,4 % enregistrée par l'ensemble des professionnels de la santé de 1990 à 2000. Les infirmières auxiliaires ont, quant à elles, affiché une croissance modeste de 2,7 %.
- Les omnipraticiens et médecins spécialistes sont parmi les professionnels les plus âgés, en raison de la baisse des inscriptions dans les facultés de médecine et de la hausse du nombre d'années d'études postdoctorales, la médecine familiale perdant du terrain au profit de la médecine spécialisée. En outre, les médecins prennent leur retraite relativement tard.
- Entre 1991 et 2001, les femmes comptaient pour la plus grande part (73 %) de la hausse des effectifs de médecins, surtout parmi les omnipraticiens où elles représentaient presque la totalité de l'accroissement (98 %) des effectifs.
- Les femmes médecins spécialistes à temps plein toute l'année ont touché un revenu d'emploi annuel de 44 % inférieur à celui de leurs homologues masculins. Si l'écart est un peu moins élevé chez les omnipraticiens, les femmes ont tout de même touché 20 % de moins que les hommes.
- De 1990 à 2000, les travailleurs de la santé ont affiché une croissance du revenu d'emploi annuel médian deux fois supérieure à celle des travailleurs hors santé (6,4 %, contre 3,1 %). Les professionnels ont réalisé la plus forte hausse (15,1 %), suivis de loin par le personnel de soutien (7,9 %).

L'EMPLOI ET LE REVENU EN

PERSPECTIVE

LA REVUE PAR EXCELLENCE

sur l'emploi et le revenu de Statistique Canada

. . . . . .

❑ **Oui, je désire recevoir L'EMPLOI ET LE REVENU EN PERSPECTIVE (N° 75-001-XPF au catalogue).**

Nous vous offrons encore plus!
Une réduction de 20 % sur un abonnement de 2 ans! Seulement 92,80 $ (taxes en sus)
Une réduction de 30 % sur un abonnement de 3 ans! Seulement 121,80 $ (taxes en sus)

Abonnez-vous aujourd'hui à *L'emploi et le revenu en perspective!*

BON DE COMMANDE

ENVOYEZ À
Statistique Canada
Gestion de la circulation
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario)
Canada, K1A 0T6

COMPOSEZ
1 800 267-6677
Utilisez votre carte VISA ou MasterCard. De l'extérieur du Canada et des États-Unis et dans la région d'Ottawa, composez le (613) 951-7277.

TÉLÉCOPIEZ AU
1 800 889-9734
(613) 951-1584

COURRIEL
order@statcan.ca

Veuillez ne pas envoyer de confirmation pour les commandes faites par téléphone/télécopieur.

Nom

Entreprise Service

Adresse Ville Province

( ) ( )
Code postal Téléphone Télécopieur

MODALITÉS DE PAIEMENT *(cochez une seule case)*

❑ **Veuillez débiter mon compte :** ❑ MasterCard ❑ VISA

N° de carte

Signature Date d'expiration

Détenteur de carte *(en majuscules s.v.p.)*

❑ **Paiement inclus** $

❑ **N° du bon de commande**

Signature de la personne autorisée

N° au catalogue	Titre	Abonnement	Canada ($ CA)	Quantité	Total $ CA
75-001-XPF	L'emploi et le revenu en perspective	1 an	58,00		
		2 ans	92,80		
		3 ans	121,80		
		Total			
		TPS (7%) - (clients canadiens seulement, s'il y a lieu)			
		TVP en vigueur (clients canadiens seulement, s'il y a lieu)			
		TVH en vigueur (N.-É., N.-B., T.-N.)			
		Frais de port : États-Unis 24 $ CA, autres pays 40 $ CA			
		Total général			

LES PRIX NE COMPRENNENT PAS LES TAXES DE VENTES.
Les clients canadiens ajoutent la TPS de 7% et la TVP en vigueur ou la TVH.
N° de TPS R121491807.
Le chèque ou mandat-poste doit être établi à l'ordre du *Receveur général du Canada*.
PF 097042

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Contre vents et marées

Katherine Marshall et Harold Wynne

Au cours de la dernière décennie, le secteur des jeux de hasard a été florissant. Le montant des paris des Canadiens s'est constamment accru — passant de quelque 2,7 milliards de dollars en 1992 à environ 11,3 milliards de dollars en 2002 (Marshall, 1996, 1998, 2003). Si les jeux de hasard contribuent à la croissance du PIB, de l'emploi et des recettes publiques[1], le jeu compulsif se traduit, quant à lui, par une hausse des incidences négatives sur le plan social et sur celui de la santé. Bien que la plupart des joueurs de la loterie 6/49 ou des visiteurs des casinos s'adonnent au jeu simplement pour le plaisir et la détente (et le rêve de décrocher le gros lot), le comportement d'un petit segment de la population restera problématique.

Dans son ouvrage intitulé *Diagnostic and Statistical Manual IV*, l'American Psychological Association définit le jeu pathologique comme un trouble du contrôle des impulsions. Dans le contexte de l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE), qui sert à détecter les joueurs à problèmes dans l'ensemble de la population, on définit le jeu excessif comme « un comportement lié au jeu qui entraîne des conséquences négatives tant pour le joueur lui-même que pour les personnes de son réseau social ou pour la collectivité » (Ferris et Wynne, 2001, p. 2). Ces conséquences peuvent aller jusqu'à la faillite, la perte d'emploi, la rupture du mariage ou le suicide.

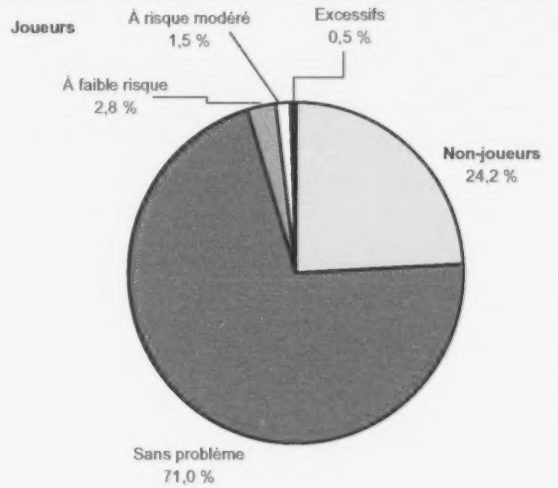
Le cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale et bien-être (ESCC 1.2) fournit des renseignements inédits sur le jeu excessif ou pathologique au Canada. Il est maintenant possible d'examiner le comportement en matière de jeu et les caractéristiques socioéconomiques des joueurs sans problème, des joueurs à risque et des joueurs excessifs. Les questions liées au jeu excessif, comme le revenu, la santé et les relations sociales, peuvent également être explorées (voir *Source des données et définitions*).

Katherine Marshall est au service de la Division de l'analyse des enquêtes auprès des ménages et sur le travail. On peut communiquer avec elle au (613) 951-6890. Harold Wynne est professeur auxiliaire à l'Université McGill et à l'Université de l'Alberta. On peut communiquer avec lui au (780) 488-5566. On peut joindre les deux auteurs à perspective @statcan.ca.

Une majorité joue, mais seule une minorité est à risque

Les jeux de hasard s'accompagnent inévitablement d'un problème de jeu excessif[2]. Parmi les quelque 18,9 millions de Canadiens qui se sont adonnés aux jeux de hasard en 2002, 17,7 millions n'éprouvaient pas de problème à ce chapitre, tandis que 1,2 million (5 % de la population adulte) étaient des joueurs excessifs ou risquaient de le devenir (graphique A). Par définition, les joueurs excessifs subissent les effets négatifs de leur comportement en matière de jeu.

Graphique A : Le jeu posait problème ou risquait de le faire chez 5 % des adultes.



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2, 2002

Source des données et définitions

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournit des estimations transversales périodiques et actuelles des déterminants de la santé, de l'état de santé et du recours au système de santé. Au cours de la première année (2000) et de chacune des années impaires subséquentes (à compter de 2001), l'enquête permet de recueillir des renseignements génériques sur la santé auprès de 130 000 répondants. Au cours des années paires, l'enquête s'appuie sur un échantillon plus petit (quelque 30 000 répondants) et porte sur un sujet particulier. Le cycle 1.2, traitant de la santé mentale et du bien-être, a été réalisé en 2002. Il visait essentiellement à fournir des estimations nationales et provinciales des principaux troubles mentaux et problèmes de santé mentale, de même qu'à exposer les questions associées aux incapacités, aux besoins en matière de soins de santé et à la prestation de services de santé. L'enquête comportait des questions touchant une vaste gamme de troubles et de problèmes, incluant une section sur le « jeu pathologique ».

La population cible de l'ESCC 1.2 ne couvre pas les résidents des trois territoires, les personnes vivant dans les réserves ou sur les terres publiques, les pensionnaires d'un établissement institutionnel, les membres à temps plein des Forces armées et les résidents de certaines régions éloignées.

L'**Indice de gravité du jeu compulsif** (IGJC) fait partie de l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE), un instrument de mesure mis au point sur une période de trois ans à la fin des années 1990 par une équipe de chercheurs pour le compte d'un groupe de travail interprovincial sur le jeu excessif. L'ICJE est considéré comme une mesure mieux adaptée à l'ensemble de la population que deux autres outils cliniques bien connus, soit le *South Oaks Gambling Screen* et la mesure diagnostique médicale DSM-IV de l'American Psychological Association (Ferris et Wynne, 2001). Fondé sur de nombreuses questions sur la participation au jeu, le comportement de jeu excessif et les conséquences négatives s'y rattachant (perturbation dans la vie personnelle, familiale ou professionnelle), l'ICJE permet de classer les répondants en cinq catégories : les non-joueurs, les joueurs sans problème, les joueurs à faible risque, les joueurs à risque modéré et les joueurs excessifs.

Dans une version modifiée de l'ICJE, on n'a pas posé les questions se rapportant à la gravité du jeu compulsif aux répondants ayant rarement joué au cours de la dernière année (moins de cinq fois) ou ayant clairement déclaré ne pas être des joueurs. De plus, on a réduit le nombre des catégories regroupant les activités de jeu par rapport à la version originale de l'ICJE. L'IGJC permet d'évaluer les problèmes de jeu au moyen d'une échelle à neuf éléments. Chaque élément est associé à une cote variant de 0 à 3, de sorte que l'indice total varie de 0 à 27. Les neuf éléments se rapportent aux 12 derniers mois.

- Combien de fois avez-vous parié plus que vous ne pouviez vraiment vous permettre de perdre?
- Combien de fois avez-vous eu besoin de jouer de plus grosses sommes d'argent pour atteindre le même état d'excitation?
- Lorsque vous avez joué, combien de fois êtes-vous retourné jouer un autre jour pour essayer de regagner l'argent perdu?
- Combien de fois avez-vous emprunté de l'argent ou vendu quelque chose afin d'obtenir de l'argent pour jouer?
- Combien de fois avez-vous pensé que vous aviez peut-être un problème de jeu?
- Combien de fois des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu, peu importe que vous pensiez que cela soit vrai ou non?
- Combien de fois vous êtes-vous senti coupable à propos de la façon dont vous jouez ou à propos de ce qui se produit lorsque vous jouez?
- Combien de fois le jeu vous a-t-il causé des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété?
- Combien de fois vos activités de jeu ont-elles causé des problèmes financiers à vous-même ou à votre famille?

Les **joueurs sans problème** jouent rarement (moins de cinq fois par année), déclarent être des non-joueurs, ou ont obtenu une cote de 0 sur l'échelle de l'IGJC.

Les **joueurs à faible risque ou à risque modéré** jouent plus de cinq fois par année et montrent certains signes de dépendance au jeu. La cote des joueurs à faible risque variait de 1 à 2 sur l'échelle de l'IGJC, et ces joueurs n'ont vraisemblablement pas encore subi de conséquences négatives du jeu. Les joueurs à risque modéré ont obtenu une cote variant de 3 à 7 sur l'échelle de l'IGJC et peuvent ou non avoir déjà ressenti les effets négatifs du jeu.

Les **joueurs excessifs** jouent plus de cinq fois par année, et leur comportement relatif au jeu entraîne des conséquences négatives pour eux-mêmes, les membres de leur réseau social ou la collectivité. Les joueurs excessifs ont obtenu une cote allant de 8 à 27 sur l'échelle de l'IGJC.

La **dépendance à l'alcool** est mesurée par les réponses aux questions sur la consommation d'alcool, le comportement et l'attitude face à la consommation d'alcool. La définition couvre le sevrage alcoolique, la perte de la maîtrise de soi ainsi que les problèmes sociaux ou physiques. Les questions sont fondées sur un instrument de mesure international qui fournit des estimations diagnostiques des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives.

L'**échelle de détresse** est une notation fondée sur les réponses aux questions sur la détresse psychologique au cours du mois précédant l'enquête. Dans la présente analyse, on utilise l'échelle de détresse K6, dont la définition et les critères sont tirés du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R) utilisé par l'American Psychiatric Association.

La **dépression majeure** s'étend sur une période de deux semaines ou plus, caractérisée par un état de dépression persistant et la perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités normales, et s'accompagnant de divers symptômes comme la perte d'énergie, des changements sur le plan du sommeil et de l'appétit, le manque de concentration, et des sentiments de culpabilité, de désespoir ou des idées suicidaires. La définition et les critères sont tirés du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* utilisé par l'American Psychiatric Association.

Selon l'Indice de gravité du jeu compulsif (IGJC), qui fait partie de l'ICJE, 700 000 joueurs étaient à faible risque, 370 000, à risque modéré et 120 000 étaient des joueurs excessifs. Les joueurs à faible risque avaient une cote variant de 1 à 2 sur l'échelle de l'IGJC, les joueurs à risque modéré, une cote allant de 3 à 7, et les joueurs excessifs, une cote de 8 ou plus. Les cotes étaient déterminées en fonction d'une combinaison de facteurs, soit la participation au jeu, le comportement lié au jeu excessif et les conséquences négatives.

On ne dispose pas de données de tendance sur les taux de jeu excessif, mais les recherches démontrent qu'un accès accru aux jeux de hasard contribue à hausser la prévalence des problèmes liés au jeu (Volberg, 1994). On associe le jeu excessif à l'accessibilité accrue, à la pauvreté, à un niveau socioéconomique peu élevé et à la consommation abusive d'alcool et de drogues. Les jeux de hasard poursuivent leur essor; les trois quarts (76 %) des personnes de 15 ans et plus ont fait des dépenses au chapitre des jeux de hasard sous une forme ou une autre en 2002 — et 38 %, au moins une fois par semaine (tableau 1)[3].

Le jeu sous ses diverses formes

L'achat de billets de loterie représentait de loin l'activité de jeu la plus populaire (taux de participation de 65 %); venaient ensuite l'achat de billets de loterie instantanée (36 %) et la fréquentation d'un casino (22 %)[4].

Tableau 1 : Participation aux jeux de hasard

	Population de 15 ans et plus	Au moins un jeu	Loteries	Loteries instantanées	Casinos	Bingos	ALV hors casinos	Courses de chevaux	Autres*
Total (milliers)	**24 997**	**18 911**	**16 225**	**9 039**	**5 420**	**2 099**	**1 514**	**1 040**	**5 276**
%	**100**	**76**	**65**	**36**	**22**	**8**	**6**	**4**	**21**
	Milliers					%			
Hommes	**12 286**	**78**	**68**	**34**	**22**	**5**	**7**	**5**	**27**
15 à 17 ans	706	50	18	12	F	4[E]	2[E]	1[E]	39
18 à 24 ans	1 406	73	52	40	31	7	13	5	39
25 à 44 ans	4 769	81	73	39	24	4	9	6	30
45 à 64 ans	3 774	84	78	34	22	4	6	5	23
65 ans et plus	1 632	74	65	28	19	5	3	4	15
Femmes	**12 710**	**73**	**62**	**38**	**21**	**12**	**5**	**3**	**15**
15 à 17 ans	660	34	12	13	F	6[E]	3[E]	1[E]	21
18 à 24 ans	1 366	68	45	44	25	13	8	2[E]	20
25 à 44 ans	4 738	77	68	44	21	13	6	4	16
45 à 64 ans	3 852	78	70	38	24	12	4	4	13
65 ans et plus	2 095	70	59	29	20	12	3	3	11
Province									
Terre-Neuve-et-Labrador	439	75	64	36	6	13	12	1[E]	23
Île-du-Prince-Édouard	112	75	61	43	9	11	7	11	20
Nouvelle-Écosse	756	78	67	41	19	11	12	1[E]	22
Nouveau-Brunswick	608	76	65	40	11	13	10	2[E]	21
Québec	6 041	79	71	32	18	9	7	2	17
Ontario	9 656	75	64	38	26	8	2	6	22
Manitoba	865	74	63	30	29	11	21	5	23
Saskatchewan	759	76	64	36	25	9	15	2[E]	25
Alberta	2 429	72	61	31	18	8	12	4	24
Colombie-Britannique	3 332	75	63	44	21	6	3	3	23
Fréquence de participation**	**18 911**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
1 à 7 fois par semaine	7 271	38	37	23	3	21	11	5	15
1 à 3 fois par mois	4 374	23	23	26	8	17	18	6	18
1 à 11 fois par année	7 266	38	40	51	88	62	71	89	68

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2, 2002

* *Comprend les paris sur les jeux de cartes à l'extérieur des casinos, les jeux de hasard dans Internet, les investissements spéculatifs et les autres formes de jeux de hasard.*

** *Parmi les personnes qui jouaient selon l'activité spécifiée.*

Bon nombre d'adeptes des billets de loterie participaient régulièrement — 37 % jouaient chaque semaine dans le cas de la loterie classique et 23 % dans le cas de la loterie instantanée. Seulement 3 % des personnes ayant fréquenté un casino au cours de la dernière année l'avaient fait sur une base hebdomadaire. Bien que le bingo n'ait attiré qu'une proportion relativement faible de joueurs (8 %), il se classait au troisième rang pour ce qui est de la fréquence de la participation — un joueur sur cinq s'y adonnait au moins une fois par semaine.

La participation au jeu était élevée tant chez les hommes (78 %) que chez les femmes (73 %), et s'établissait à 70 % ou plus dans tous les groupes d'âge supérieurs à 24 ans. Malgré les limites imposées par la loi pour restreindre le jeu aux personnes de 18 ans et plus dans la plupart des provinces, la moitié des jeunes hommes et le tiers des jeunes femmes (de 15 à 17 ans) se sont adonnés à des jeux de hasard en 2002. En fait, un nombre considérable de ces adolescents y ont participé par l'entremise des loteries et des loteries instantanées approuvées par les gouvernements provinciaux. Les taux les plus élevés de participation des jeunes se retrouvaient dans la catégorie des « autres » jeux de hasard — principalement les paris sur les jeux de cartes ou de table à l'extérieur des casinos ou sur les jeux d'adresse (comme le billard ou le jeu de fléchettes).

Les écarts entre les taux provinciaux de participation s'expliquent à la fois par l'accessibilité à certains types de jeux de hasard et par les préférences culturelles provinciales. Par exemple, les appareils de loterie vidéo (ALV) dans les lieux faisant l'objet de restrictions quant à l'âge, comme les pistes de courses et les bars, sont permis au Manitoba mais non en Ontario, ce qui donne lieu à des taux de participation extrêmement différents, soit 21 % et 2 % respectivement. Bien que le bingo soit permis dans toutes les provinces, ce jeu est généralement plus populaire dans la région de l'Atlantique. Les paris sur les courses de chevaux, également permis partout au pays, sont associés à des taux de participation relativement faibles. Cependant, 11 % des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard ont parié sur les chevaux en 2002, soit un taux nettement supérieur à la moyenne nationale de 4 %, peut-être parce que les courses attelées sont étroitement liées à la culture de cette province (Jepson et Patton, 1999)[5].

Les joueurs les plus à risque

Les hommes qui jouaient étaient nettement plus susceptibles que les femmes d'être des joueurs à risque ou des joueurs excessifs — 8 % contre 5 % (tableau 2). Selon certains, cet écart est attribuable au fait que les hommes et les femmes tendent à jouer pour des raisons différentes et optent pour des activités de jeu différentes. Les hommes étaient plus attirés par les ALV (7 % contre 5 %) et les paris liés aux courses de chevaux (5 % contre 3 %); les femmes étaient plus susceptibles de jouer au bingo (12 % contre 5 %) (tableau 1). L'image culturelle du joueur pourrait également constituer un facteur. L'archétype du joueur dans les films, les romans et la musique est toujours un homme (Castellani, 2001).

Les joueurs à risque et excessifs étaient aussi, en moyenne, plus jeunes que les joueurs sans problème (40 ans contre 45 ans). Les joueurs n'ayant pas fait d'études postsecondaires étaient nettement plus susceptibles que ceux plus scolarisés d'être des joueurs à risque ou excessifs (8 % et 5 % respectivement). Toutefois, il n'existait pas de différence significative entre les joueurs à faible revenu (moins de 20 000 $) et ceux ayant un revenu plus élevé (20 000 $ ou plus)[6].

Les joueurs autochtones hors réserve étaient bien plus susceptibles d'être des joueurs à risque que les joueurs non autochtones — 18 % comparativement à 6 %[7]. Les facteurs liés au jeu excessif soulève des inquiétudes dans le cas de la population autochtone. « Les collectivités des Premières Nations au Canada seront soumises à un risque plus important, bon nombre d'entre elles affichant des taux élevés de consommation abusive d'alcool et de drogues et des niveaux de revenu et de scolarité inférieurs à la moyenne » (Kelley, 2001, p. 6 [traduction libre]).

Le Manitoba et la Saskatchewan enregistraient des proportions considérablement plus fortes de joueurs à risque (9,4 % et 9,3 % respectivement) que les autres provinces. Parmi les facteurs à l'origine de ce phénomène pourraient figurer les taux les plus élevés de jeu sur les ALV au pays, les taux de fréquentation de casinos les plus importants avec l'Ontario (tableau 1), et des populations autochtones plus nombreuses que la moyenne[8].

Près d'un joueur quotidien sur trois était à risque (30 %) ou éprouvait déjà des problèmes de jeu excessif (6 %). Les personnes qui jouaient de deux à six fois par semaine étaient aussi nettement plus susceptibles d'être à risque ou d'éprouver des problèmes à ce chapitre (14 %).

Tableau 2 : Caractéristiques personnelles et comportement lié au jeu

	Ensemble des joueurs		Sans problème	Joueurs à risque et excessifs			
					À risque		Excessifs
				Total	Faible	Modéré	
Total (milliers)	**18 887**		**17 699**	**1 188**	**697**	**373**	**118**
%		**100,0**	**93,7**	**6,3**	**3,7**	**2,0**	**0,6**
	Milliers			%			
Hommes	9 610	100,0	92,2	7,8	4,4	2,6	0,7
Femmes	9 277	100,0	95,2	4,8*	2,9	1,4	0,5
				Années			
Âge moyen**		44	45	40*	40	39	41
Revenu personnel				%			
Moins de 20 000 $	6 392	100,0	93,3	6,7	3,9	2,0	0,8
20 000 $ ou plus	11 289	100,0	93,8	6,2	3,6	2,0	0,6
Niveau de scolarité							
Moins que postsecondaire	9 689	100,0	92,4	7,6	4,5	2,4	0,7
Postsecondaire	9 047	100,0	95,2	4,8*	2,8	1,5	0,5[E]
Antécédents ethniques							
Non-Autochtone	18 593	100,0	93,8	6,2	3,7	1,9	0,6
Autochtone	217	100,0	81,5	18,5*	7,2[E]	8,3[E]	2,9[E]
Province							
Terre-Neuve-et-Labrador	330	100,0	93,7	6,3	3,7[E]	1,9[E]	F
Île-du-Prince-Édouard	83	100,0	95,2	4,8[E]	2,5[E]	1,8[E]	F
Nouvelle-Écosse	588	100,0	94,3	5,7	3,3	1,4[E]	1,1[E]
Nouveau-Brunswick	463	100,0	94,7	5,3	3,2[E]	1,5[E]	F
Québec	4 787	100,0	95,4	4,6*	2,6	1,6[E]	0,4[E]
Ontario	7 213	100,0	93,5	6,5	3,8	2,1	0,6[E]
Manitoba	642	100,0	90,6	9,4*	5,3	3,3	0,8[E]
Saskatchewan	575	100,0	90,7	9,3*	5,4	2,5[E]	1,5[E]
Alberta	1 731	100,0	92,2	7,8*	4,7	2,3	0,7[E]
Colombie-Britannique	2 474	100,0	93,1	6,9	4,3	1,9	0,7[E]
Fréquence de participation							
Quotidiennement	278	100,0	69,7	30,3*	16,4[E]	7,9[E]	6,0[E]
2 à 6 fois par semaine	2 784	100,0	85,7	14,3*	7,2	5,4	1,6
Une fois par semaine	4 198	100,0	91,3	8,7	5,1	2,9	0,7[E]
Une fois par mois	4 370	100,0	94,1	5,9*	4,2	1,2	0,5[E]
Une fois par année	7 257	100,0	98,9	1,1*	0,7	0,4[E]	F
Jeux							
Loteries	16 202	100,0	93,5	6,5	3,8	2,1	0,6
Loteries instantanées	9 027	100,0	90,6	9,4*	5,5	2,9	1,0
Casinos	5 413	100,0	86,7	13,3*	7,6	4,4	1,4
Bingos	2 098	100,0	84,5	15,5*	9,1	5,0	1,4
ALV hors casinos	1 512	100,0	74,4	25,6*	13,2	9,0	3,4
Courses de chevaux	1 038	100,0	84,2	15,8*	7,0	6,7	2,1[E]
Nombre moyen de jeux**		1,9	1,9	3,0*	2,9	3,2	3,2

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2, 2002

* *Différence statistiquement significative au niveau 0,05. On a effectué les tests entre la proportion à risque de la catégorie de référence et les autres catégories pour chaque variable (à l'exception des provinces, lesquelles ont été comparées au total établi pour le Canada).*

** *On a effectué les tests de signification entre les joueurs sans problème et ceux à risque.*

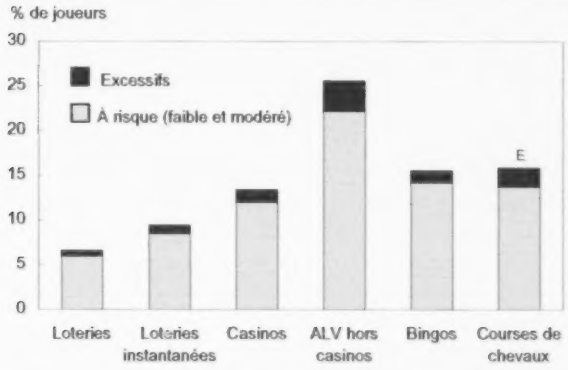
Enfin, les taux de joueurs à risque et excessifs variaient considérablement selon le type de jeu, ce qui tend à indiquer que certains jeux sont plus attrayants que d'autres (graphique B). Par exemple, un adepte des ALV sur quatre était à risque ou éprouvait déjà des problèmes de jeu excessif, ce qui confirme l'observation fréquente selon laquelle les ALV sont la « cocaïne » de l'univers du jeu. En revanche, les acheteurs de billets de loterie, le jeu de hasard auquel s'adonnaient 16 millions de personnes, comptaient la proportion la plus faible de joueurs à risque et excessifs (7 %)[9].

Il faut de l'argent pour jouer

Inévitablement, le jeu fréquent allège le portefeuille. Les joueurs excessifs étaient de loin les plus susceptibles de consacrer plus de 1 000 $ par année au jeu — 62 % comparativement à 4 % pour les joueurs sans problème (graphique C). Venaient ensuite les joueurs à risque modéré (43 %), suivis des joueurs à faible risque (21 %). La grande majorité des joueurs sans problème (90 %) dépensaient 500 $ ou moins par année, 33 % d'entre eux consacrant seulement 50 $ ou moins au jeu.

Dans l'ensemble, 6 % des joueurs dépensaient plus de 1 000 $, soit la proportion observée pour les ménages d'une personne dans le contexte de l'Enquête sur les dépenses des ménages (EDM). Bien qu'elle ne permette pas de repérer les joueurs excessifs, l'EDM fournit des données sur les dépenses exactes de jeu. La valeur médiane des dépenses des personnes qui consacraient plus de 1 000 $ au jeu s'établissait à 2 280 $ pour les hommes et à 1 900 $ pour les femmes en 2001[10].

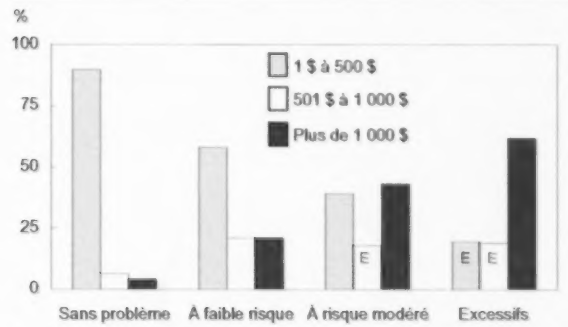
Graphique B : Un adepte des ALV sur quatre était un joueur à risque ou excessif.



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2, 2002

Le jeu constant et les dépenses excessives peuvent sérieusement ébranler plusieurs facettes de la vie — notamment les dépenses personnelles et familiales. La majorité des joueurs excessifs (62 %) ont déclaré dépenser, toujours ou la plupart du temps, plus d'argent au jeu qu'ils en avaient l'intention (tableau 3). Seulement 3 % des joueurs sans problème ont déclaré qu'ils dépensaient parfois plus d'argent que prévu (données non présentées). En outre, 85 % des joueurs excessifs ont déclaré qu'il leur arrivait, parfois ou la plupart du temps, de parier plus d'argent qu'ils pouvaient se permettre de perdre, comparativement à 47 % des joueurs à risque modéré et à 14 % des joueurs à faible risque. De toute évidence, les dépenses constantes et incontrôlées qu'on ne peut se permettre peuvent se traduire par un endettement et des factures impayées, qui viennent alourdir encore davantage le fardeau émotif et financier. En effet, 53 % des joueurs excessifs ont déclaré que leurs habitudes de jeu leur causaient parfois des problèmes financiers, et 17 % ont indiqué se trouver toujours ou presque toujours dans cette situation. Enfin, 39 % des joueurs excessifs ont déclaré qu'il leur arrivait parfois d'emprunter de l'argent ou de vendre des biens pour continuer à jouer; il s'agit là d'une mesure désespérée qui peut présager des difficultés financières encore plus aiguës.

Graphique C : Six joueurs excessifs sur dix consacraient plus de 1 000 $ par année au jeu.



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2, 2002

Les joueurs excessifs souffrent de stress et de problèmes de santé

Le recours incessant au jeu demande à la fois du temps et de l'argent, et peut avoir une incidence négative sur la santé physique et mentale. Les joueurs excessifs étaient deux fois plus susceptibles (22 % contre 11 %) de déclarer un état de santé médiocre ou passable

Tableau 3 : Dépenses relatives au jeu

	Type de joueur		
	À faible risque	À risque modéré	Excessif
		%	
A dépensé plus que voulu			
Parfois	52	64	30
Toujours/la plupart du temps	5[E]	24	62
A parié plus que pouvant se permettre de perdre			
Parfois	14	44	47
Toujours/la plupart du temps	0	3[E]	38
Problèmes financiers à cause du jeu			
Parfois	F	22	53
Toujours/la plupart du temps	0	F	17[E]
A emprunté de l'argent ou vendu des biens pour jouer			
Parfois	5[E]	18	39
Toujours/la plupart du temps	F	F	F

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2, 2002

Nota : La somme des réponses ne correspond pas à 100 car la catégorie « jamais » ne paraît pas.

que les joueurs sans problème (tableau 4). La vraisemblance de dépendance à l'alcool augmentait à mesure que s'accentuait le niveau de risque de dépendance au jeu. Seulement 2 % des joueurs sans problème souffraient d'une dépendance à l'alcool, comparativement à 7 % des joueurs à faible risque et à 15 % des joueurs excessifs. Bien que la méthodologie et les définitions varient, d'autres études ont également révélé une corrélation (comorbidité) entre la dépendance à l'alcool et le jeu pathologique (Kidman, 2002).

L'obsession du jeu peut aussi entraîner des problèmes sociaux. La moitié des joueurs excessifs ont déclaré que le jeu leur causait des problèmes sur le plan des relations avec leur famille ou leurs amis. De tels problèmes étaient également rapportés par 16 % des joueurs à risque modéré, alors qu'on ne comptait pratiquement pas de joueurs sans problème dans cette situation. Par ailleurs, plus de la moitié des joueurs à risque modéré et des joueurs excessifs occupant un emploi ont indiqué que le jeu a déjà nui à leur capacité d'exercer leurs fonctions.

Le stress est une conséquence inévitable des tensions financières et sociales découlant du jeu excessif. Bien que le jeu n'en soit peut-être pas la seule cause, 42 % des joueurs excessifs ont déclaré un niveau élevé ou extrême de stress dans leur vie, comparativement à 23 % des joueurs sans problème. De plus, compte tenu des réponses fournies à diverses questions sur la détresse psychologique, on considère que 29 % des joueurs excessifs étaient en situation de détresse intense, comparativement à 9 % seulement des joueurs sans problème.

La persistance du stress peut être liée à la dépression. Les risques d'avoir souffert d'un épisode de dépression clinique majeure étaient nettement plus élevés chez les joueurs excessifs. Seulement 11 % des joueurs sans problème avaient déjà souffert de dépression clinique au cours de leur vie, comparativement à 24 % des joueurs excessifs. La dépression majeure constitue un important facteur de risque de suicide (Newman et Thompson, 2003). Selon les résultats de l'ESCC 1.2, une proportion nettement plus forte de joueurs excessifs que de joueurs sans problème avaient envisagé le suicide au cours de la dernière année (18 % contre 3 %) (graphique D).

« Compte tenu des taux élevés d'angoisse et de dépression, il n'est pas étonnant que les joueurs pathologiques affichent des taux extrêmement élevés d'idées suicidaires » (Lesieur, 1998, p. 158 [traduction libre]). Certaines études indiquent toutefois que, bien que les troubles mentaux, le jeu pathologique et les tentatives de suicide soient associés, les données transversales ne permettent pas d'examiner des relations de cause à effet (Newman et Thompson, 2003). Cependant, abstraction faite de tels liens de causalité, le constat qu'un joueur excessif sur cinq ait envisagé le suicide en 2002 est tout aussi saisissant qu'alarmant[11].

Tableau 4 : Santé, facteurs sociaux et stress chez les joueurs

Au cours des 12 derniers mois (sauf indication contraire)	Ensemble des joueurs	Sans problème	À faible risque	À risque modéré	Excessifs
			En milliers		
Total	**18 887**	**17 699**	**697**	**373**	**118**
			%		
Santé passable ou médiocre	11	11	10	14	22*†
Dépendance à l'alcool†	3	2	7*	12*	15*
Problèmes familiaux à cause du jeu	1	F	4*†	16*	49*
Nuisance du jeu sur le travail**	...	...	...	57	55
Stress élevé ou extrême	24	23	27	21	42*
Détresse intense au cours du dernier mois†	10	9	16*	17*	29*
Ont déjà souffert de dépression clinique	11	11	12	15	24*†

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2, 2002

* *Différence statistiquement significative par rapport aux joueurs sans problème (niveau 0,05).*

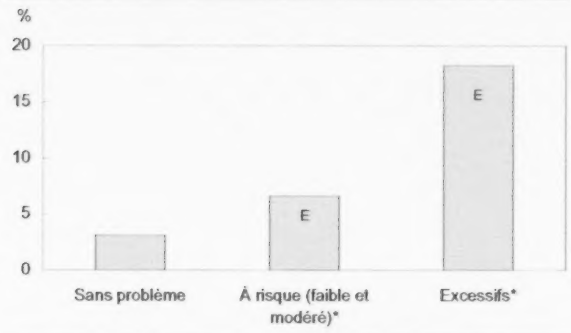
** *Parmi ceux occupés, ce qui comprenait environ 90 % de tous les joueurs de 25 à 55 ans.*

† *Voir* Source des données et définitions *pour une explication exhaustive des variables calculées.*

Les joueurs excessifs sont conscients de leurs difficultés

En 2002, plus du tiers d'un million de Canadiens (2 % de tous les joueurs) ont pensé au moins à l'occasion qu'ils pouvaient avoir un problème de dépendance au jeu (tableau 5). Quatre joueurs excessifs sur dix estimaient presque toujours avoir un problème de cette nature. Il est surprenant, en un sens, que 15 % des joueurs excessifs aient déclaré *ne pas* éprouver de problème de dépendance au jeu.

Graphique D : Près d'un joueur excessif sur cinq a envisagé le suicide au cours de la dernière année.



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2, 2002
** Différence statistiquement significative par rapport aux joueurs sans problème (niveau 0,05).*

Les données révèlent la nature insidieuse du jeu excessif : 27 % des joueurs à risque modéré et 64 % des joueurs excessifs avaient voulu arrêter de jouer au cours de la dernière année, mais estimaient qu'ils n'en étaient pas capables. Par ailleurs, une proportion remarquablement élevée de joueurs à risque modéré (26 %) et de joueurs excessifs (56 %) ont tenté de se libérer de leur dépendance, mais sans y parvenir. On ne dispose pas d'information sur les moyens employés par ces joueurs ni sur les raisons de leur échec.

Conclusion

L'essor du secteur des jeux de hasard s'est amorcé pendant les années 1990, au moment où les gouvernements provinciaux ont commencé à légaliser les casinos permanents et les ALV. En 2002, 76 % des Canadiens ont déclaré s'être adonnés au jeu au cours de la dernière année — quatre sur dix l'ont fait sur une base hebdomadaire. La croissance continue de ce secteur a suscité de nombreux débats. En 2000, l'Association canadienne de santé publique a pris position sur cette question : l'expansion des jeux de hasard constitue un enjeu de santé publique et il importe de prendre des mesures pour « minimiser les répercussions négatives du jeu sur la santé tout en faisant valoir ses avantages potentiels » (Korn et Skinner, 2000). Il est toutefois difficile d'estimer les coûts et les avantages sanitaires et socioéconomiques du jeu, et aucune étude n'a encore porté sur cette question (Wynne et Shaffer, 2003).

Tableau 5 : Dépendance au jeu

	À faible risque	À risque modéré	Excessifs
		En milliers	
Problèmes au cours des 12 derniers mois	**697**	**373**	**118**
		%	
Ont pensé qu'ils pouvaient avoir un problème de dépendance au jeu			
Parfois	10[E]	46	47
Toujours/la plupart du temps	F	3[E]	38
Ont voulu arrêter mais estimaient en être incapables			
Parfois	5[E]	22	36
Toujours/la plupart du temps	F	5[E]	27[E]
Ont tenté d'arrêter, mais sans succès			
Parfois	4[E]	21	30
Toujours/la plupart du temps	F	5[E]	25[E]

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2, 2002
Nota : La somme des réponses ne correspond pas à 100 car la catégorie « jamais » ne paraît pas.

L'ESCC 1.2 vient enrichir l'information sur les coûts sanitaires et sociaux associés aux jeux de hasard. Elle a permis de repérer 700 000 joueurs à faible risque, 370 000 joueurs à risque modéré et 120 000 joueurs excessifs, soit 5 % de l'ensemble de la population et 6 % de tous les joueurs. Les hommes, les Autochtones, les personnes moins scolarisées, les adeptes des ALV et les personnes s'adonnant au jeu très fréquemment formaient de manière significative les groupes les plus susceptibles de se retrouver dans les catégories des joueurs à risque ou excessifs.

Parmi les conséquences auxquelles faisaient face les joueurs à risque ou excessifs figuraient des taux plus élevés de difficultés financières et relationnelles. Les joueurs excessifs, tout particulièrement, enregistraient des niveaux élevés de dépendance à l'alcool, de stress, de troubles émotifs et avaient connu des épisodes de dépression. Cependant, la grande majorité des joueurs excessifs reconnaissaient avoir des problèmes, et la plupart (56 %) avaient tenté d'abandonner le jeu au cours de la dernière année sans y parvenir. Les nombreux problèmes liés aux jeux de hasard et cette incapacité à vaincre la dépendance à ceux-ci pourraient expliquer en partie le fait que 18 % des joueurs excessifs aient envisagé le suicide au cours de l'année précédant

l'enquête. En fin de compte, le suicide s'impose comme une conséquence irréversible s'accompagnant de coûts incommensurables, et les idées suicidaires constituent, sans aucun doute, un appel au secours.

Perspective

Notes

1 Les recettes provenant du jeu exprimées en pourcentage des recettes publiques totales ont augmenté, passant de 1,9 % en 1992 à 5,1 % en 2001 (Marshall, 2003).

2 Des recherches en cours portent sur les causes fondamentales du problème de jeu excessif ou pathologique — elles cherchent à déterminer si ces causes sont biologiques, génétiques ou liées au comportement. Bien que le présent article n'aborde pas les causes du jeu excessif, celles-ci sont essentielles à la mise au point de traitements efficaces.

3 Comme dans le cas de la consommation d'alcool, les taux de fréquence et de dépenses liés au jeu sont souvent sous-estimés.

4 Les billets de loterie instantanée comprennent : Keno, Quotidienne à 3 ou 4 chiffres, Encore, Banco et Extra. Les billets de loterie incluent : 6/49, Super 7, Sport Select et Pro-Ligne.

5 Les écarts provinciaux mentionnés dans ce paragraphe sont tous statistiquement significatifs au niveau 0,05, tout comme le sont les différences selon le sexe relatives aux types de jeux indiqués au paragraphe suivant.

6 Bien que l'on ait observé des taux similaires de joueurs à risque et excessifs dans les divers groupes de revenu, on a relevé des écarts quant aux taux de participation au jeu. Ainsi, 69 % des personnes touchant un revenu inférieur à 20 000 $ se sont adonnées au jeu en 2002, comparativement à 82 % des personnes ayant un revenu de 20 000 $ ou plus.

7 Ces chiffres ne tiennent pas compte de la population autochtone vivant dans les réserves.

8 Dans l'ensemble, la population autochtone hors réserve représente 1 % de la population. Toutefois, elle correspond à 6 % de la population du Manitoba et à 5 % de celle de la Saskatchewan.

9 Une façon plus précise de mesurer la propension de chacune des activités à entraîner une dépendance consisterait à examiner les joueurs s'adonnant exclusivement à un jeu. En 2002, cela était le cas chez 40 % de l'ensemble des joueurs, 42 % des joueurs sans problème et 4 % des joueurs excessifs. Cependant, même en tenant compte de ce biais, les joueurs sans problème représentaient 99 % de ceux n'ayant acheté que des billets de loterie, comparativement à 90 % de ceux s'adonnant exclusivement au jeu sur des ALV.

10 Pour des renseignements plus détaillés tirés de l'Enquête sur les dépenses des ménages concernant les dépenses au chapitre du jeu selon le type d'activité, voir Marshall (2003).

11 À la suite des pressions exercées par les collectivités, les coroners de tout le pays ont commencé, en juin 2003, à coder les suicides attribuables au jeu. Bien que la plupart des provinces suivent maintenant les suicides liés au jeu, les méthodologies et les mesures employées diffèrent, ce qui rend difficile la comparabilité des données (Presse canadienne, 2003).

Documents consultés

BAILEY, Sue. « Gambling-related suicides soar five-fold in Quebec since VLTs legalized », Presse canadienne, 2 octobre 2003.

CASTELLANI, Brian. « Is pathological gambling really a problem? You bet! », *Psychiatric Times*, février 2001, vol. 18, n° 2, Internet : www.psychiatrictimes.com.

FERRIS, Jackie, et Harold WYNNE. *L'Indice canadien du jeu excessif — Manuel de l'utilisateur*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2001, Internet : www.ccsa.ca.

JEPSON, Valerie, et Sika PATTON. *Canada's gambling regulatory patchwork : A handbook*, Canada West Foundation, 1999, Internet : www.cwf.ca.

KELLEY, Robin. *First Nations gambling policy in Canada*, Canada West Foundation, 2001, rapport de recherche n° 12 sur le jeu au Canada, Internet : www.cwf.ca.

KIDMAN, Rachel. « The perfect match? Co-occurring problem drinking and gambling », *The Wager*, 15 mai 2002, vol. 7, n° 20, Internet : www.thewager.org.

KORN, David A., et Harvey SKINNER. *L'expansion des jeux d'argent au Canada : émergence d'un problème de santé publique*, Association canadienne de santé publique, 2000, déclaration de principe.

LESIEUR, Henry. « Costs and treatment of pathological gambling », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, mars 1998, vol. 556, p. 153 à 171.

MARSHALL, Katherine. « Faites vos jeux! », *L'emploi et le revenu en perspective*, n° 75-001-XPF au catalogue de Statistique Canada, automne 1996, vol. 8, n° 3, p. 40 à 45.

---. « Jeux de hasard : miser gros », *L'emploi et le revenu en perspective*, n° 75-001-XPF au catalogue de Statistique Canada, hiver 1998, vol. 10, n° 4, p. 7 à 12.

---. « Fiche : jeux de hasard », *L'emploi et le revenu en perspective*, n° 75-001-XIF au catalogue de Statistique Canada, avril 2003, vol. 4, n° 4, édition en ligne.

NEWMAN, Stephen C., et Angus H. THOMPSON. « A population-based study of the association between pathological gambling and attempted suicide », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, printemps 2003, vol. 33, n° 1, p. 80 à 87.

VOLBERG, Rachel A. « The prevalence and demographics of pathological gamblers : Implications for public health », *American Journal of Public Health*, février 1994, vol. 84, n° 2, p. 237 à 241.

WYNNE, Harold, et Howard SHAFFER. « The socioeconomic impact of gambling : The Whistler symposium », *Journal of Gambling Studies*, été 2003, vol. 19, n° 2, p. 111 à 121.

Les professionnels de la santé

Diane Galarneau

Les soins de santé sont depuis longtemps au nombre des préoccupations des Canadiens. Depuis l'adoption de l'assurance-maladie en 1972, plusieurs commissions se sont penchées sur le système des soins de santé et ont proposé des solutions pour en améliorer la qualité. L'accès aux soins de santé, leur financement, public ou privé, et leur qualité étaient largement au cœur des rapports soumis par ces commissions. En 2001, le Canada se classait quatrième parmi les pays de l'OCDE quant à sa part du PIB (9,7 %) allouée à la santé. Le Canada, les États-Unis et la Finlande ont vu leurs coûts de santé augmenter considérablement en 2000 et 2001 (OCDE, 2003).

Les ressources humaines sont aussi parmi les préoccupations touchant le système de santé. Dès qu'il est question d'infirmières et de médecins, on pense « pénurie » et « liste d'attente ». Alors qu'au début des années 1990, on tentait de maîtriser la croissance du nombre de médecins pour éviter un surplus, voilà maintenant qu'on accueille plus d'étudiants dans les facultés de médecine et qu'on fait appel aux médecins étrangers afin d'éviter une pénurie. En outre, le vieillissement démographique pose un double défi puisque la demande de soins augmente et que le personnel de la santé de la génération du baby-boom commence à prendre sa retraite. Aussi, les femmes travaillant habituellement moins d'heures que les hommes, leur entrée accrue dans les professions d'omnipraticien et de médecin spécialiste a intensifié les pressions sur ces professions (Chan, 2002). Ce phénomène, conjugué aux retraites massives survenues dans certains corps de métiers dans les années 1990, a contribué à renforcer l'idée d'une pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé.

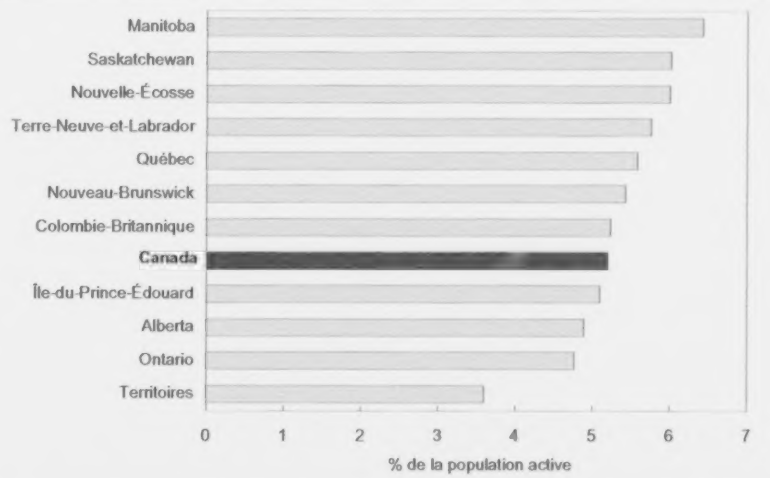
Les travailleurs de la santé, et les professionnels en particulier, ont subi de nombreux changements ces dernières années, tant sur le plan démographique que strictement professionnel. À partir des données des recensements de 1991 et 2001, le présent article examine ces changements chez l'ensemble des travailleurs de la santé et, de façon plus détaillée, chez les infirmières et les médecins.

Les travailleurs de la santé

Les travailleurs de la santé peuvent être répartis en trois grandes catégories : les professionnels, le

Diane Galarneau est au service de la Division de l'analyse des enquêtes sur le travail et les ménages. On peut la joindre au (613) 951-4626 ou à perspective@statcan.ca.

Graphique A : C'est en Ontario et dans les Territoires que l'on trouve la plus faible proportion de travailleurs de la santé.



Source : Recensement du Canada, 2001

personnel technique et le personnel de soutien (voir les *Définitions*). Les professionnels représentaient 57 % de l'ensemble des travailleurs de la santé en 2001. Parmi eux, les infirmières constituaient la plus grande proportion (63 %), tandis que les médecins — omnipraticiens et spécialistes — suivaient de loin, avec 14 % (tableau 1).

On comptait près de 824 600 personnes travaillant dans le domaine de la santé en 2001, soit 15 % de plus qu'en 1991, alors que la population active totale et la population du pays se sont accrues de 11 % chacune. Les travailleurs de la santé représentaient 5 % de la population active[1] en 2001 (graphique A). À l'échelle provinciale, le Manitoba affichait la proportion la plus élevée (6,4 %) et l'Ontario, la proportion la plus faible (4,8 %). Les Territoires, aussi, comptaient une faible proportion (3,6 %) de travailleurs de la santé.

Les caractéristiques des travailleurs de la santé

Les femmes ont toujours constitué une proportion importante du personnel de la santé (tableau 1). Cela était encore vrai en 2001 puisqu'elles représentaient presque 4 travailleurs de la santé sur 5 (79 %), alors qu'elles comptaient pour moins de la moitié de la main-d'œuvre des autres secteurs. Les femmes étaient particulièrement présentes (87 %) dans les professions de soutien exigeant peu de qualifications.

L'âge moyen de l'ensemble des travailleurs dans la population active s'est accru de 1,8 an entre 1991 et 2001, mais les travailleurs de la santé affichaient une croissance relativement marquée à cet égard (2,8 ans), plus particulièrement les professionnels, dont l'âge moyen a progressé de 3,3 ans.

L'augmentation de l'âge moyen varie selon la profession. En 1991, les professionnels de la santé étaient à peine plus âgés que leurs homologues des autres secteurs (39,5 ans, contre 39,1 ans). Mais cet écart a atteint plus de 2 ans en 2001. Les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires sont parmi les professionnels de la santé dont l'âge moyen a augmenté le plus, de 4,1 ans et 4,4 ans, respectivement. Vu l'importance de leurs effectifs, les infirmières sont en grande partie responsables de l'accroissement marqué de l'âge moyen chez l'ensemble des professionnels. En 2001, les médecins spécialistes avaient l'âge moyen le plus élevé (45,7 ans), suivis des infirmières en chef et superviseures (45,4) et des omnipraticiens (45,2).

La possibilité d'une pénurie de main-d'œuvre dans certaines professions de la santé incite les autorités gouvernementales à préconiser des politiques de plus grande ouverture envers les travailleurs étrangers. Cependant, la proportion d'immigrants récents en 2001 — c'est-à-dire ceux arrivés au Canada dans les dix années antérieures — avait très peu varié par rapport à 1991 dans la catégorie des professionnels de la santé (tableau 2). Cette proportion s'est en effet maintenue en deçà de 4 % durant cette période, alors qu'elle s'est accrue d'un peu plus du tiers (passant de 4,5 % à 6,1 %) chez les travailleurs en dehors du secteur de la santé. Bon nombre d'immigrants récents ayant une formation universitaire ont souvent du mal à faire reconnaître leurs titres de compétences. La proportion d'immigrants dans la catégorie du personnel technique et de soutien s'est aussi faiblement accrue.

L'intensité de travail s'est généralement accrue pour les travailleurs de la santé. La proportion de ceux occupés à temps plein toute l'année a augmenté de 4,3 points de pourcentage au cours de la décennie, contre 2,4 points chez les autres travailleurs. Les professionnels et le personnel de soutien sont ceux dont la proportion a progressé le plus (5 points).

En revanche, la proportion de travailleurs de la santé occupés surtout à temps partiel a diminué de 2 points de pourcentage. Comparés aux autres travailleurs, ceux de la santé travaillent plus souvent à temps partiel, et ce, qu'il s'agisse des professionnels, du personnel technique ou de soutien. Cette plus grande fréquence du temps partiel — accentuée par l'accès difficile aux postes à temps plein pour le personnel infirmier — peut être liée à la forte proportion des femmes dans les professions de la santé (graphique B)[2].

Cette intensité de travail plus forte coïncide avec un taux de chômage faible. En effet, le taux de chômage des travailleurs de la santé en 2001 était considérablement plus faible que celui du reste des travailleurs (1,9 %, contre 5,6 %). Parmi les trois grands groupes de professions de la santé, les professionnels étaient les moins susceptibles d'être en chômage, seulement 1,2 % d'entre eux ayant ce statut. Le personnel technique et celui de soutien, aussi, affichaient un taux de chômage relativement faible (2,4 % et 3,1 %, respectivement).

En 2001, le nombre moyen d'heures de travail hebdomadaires du personnel de la santé était comparable à celui du reste de la main-d'œuvre (32,8 heures par semaine). Les professionnels affichaient une moyenne légèrement supérieure, à savoir 34,2 heures, contre 42,7 chez les hauts gestionnaires et 34,7 heures chez les autres professionnels.

Tableau 1 : Caractéristiques du personnel de la santé

	Répartition		Croissance	Femmes		Âge moyen	
	1991	2001		1991	2001	1991	2001
	En milliers		%	%			
Travailleurs hors santé	**13 639 100**	**15 045 900**	**10,3**	**43,6**	**45,2**	**36,9**	**38,7**
Professionnels	**1 511 300**	**2 062 400**	**36,5**	**45,2**	**48,1**	**39,1**	**40,7**
Travailleurs de la santé	**719 300**	**824 600**	**14,6**	**79,1**	**79,3**	**38,3**	**41,1**
Professionnels	**430 600**	**467 600**	**8,6**	**79,4**	**78,2**	**39,5**	**42,8**
Médecins spécialistes	18 200	24 400	34,2	23,5	31,5	44,4	45,7
Omnipracticiens	37 200	41 600	11,8	26,8	34,4	42,4	45,2
Dentistes	13 300	17 900	35,0	15,3	27,7	42,1	44,1
Vétérinaires	4 400	7 100	61,2	32,0	47,8	38,1	41,1
Optométristes	3 100	3 700	18,3	37,7	44,1	40,5	40,8
Chiropraticiens	3 400	4 900	47,3	16,0	27,8	40,9	40,7
Autres en diagnostic et traitement	800	2 700	254,1	59,3	59,7	42,6	43,2
Pharmaciens	17 800	24 300	36,5	52,0	57,6	39,0	40,5
Diététistes et nutritionnistes	4 700	8 800	86,8	95,3	93,8	35,1	40,5
Audiologistes et orthophonistes	3 900	6 100	58,0	92,4	91,8	35,6	38,4
Physiothérapeutes	11 000	16 000	45,7	84,9	79,5	36,2	39,0
Ergothérapeutes	5 800	9 700	68,5	89,7	90,3	34,6	36,3
Autres en thérapie et évalution	1 400	4 800	244,6	74,2	81,2	36,4	37,7
Infirmières en chef et superviseurs	19 500	10 200	-47,5	93,3	92,6	42,9	45,4
Infirmières autorisées	232 500	237 300	2,1	95,2	94,2	38,9	43,0
Infirmières auxiliaires	53 700	47 900	-10,9	92,2	92,0	38,8	43,2
Personnel technique	**119 300**	**145 300**	**21,8**	**70,4**	**72,2**	**35,9**	**38,6**
Technologues médicaux et assistants en anatomopathologie	20 000	19 100	-4,6	80,3	80,8	36,5	41,5
Techniciens de laboratoire médical	24 200	19 600	-18,8	81,7	81,8	36,1	39,5
Techonologues et techniciens en santé animale	3 300	9 200	181,6	74,6	87,3	30,5	31,6
Inhalothérapeutes, perfusionnistes, cardio-vasculaires	4 500	6 500	44,2	65,6	65,4	32,9	36,5
Technologues en radiation médicale	14 700	14 500	-1,7	79,6	79,9	36,5	40,5
Technologues en échographie	1 500	2 600	78,1	85,0	86,1	35,7	39,9
Technologues en cardiologie	1 700	1 800	7,8	91,3	89,2	39,2	42,6
Technologues en électroencéphalographie	900	1 600	90,5	65,4	76,6	37,2	41,0
Autres technologues	5 900	4 100	-30,5	79,7	59,2	36,7	39,6
Denturologistes	1 800	2 100	13,8	18,9	21,7	42,4	43,9
Hygiénistes et thérapeutes dentaires	9 600	14 500	51,0	95,8	97,7	32,3	36,0
Technologues et techniciens dentaires et auxiliaires	5 800	6 000	2,4	39,4	46,1	37,0	41,2
Opticiens	3 900	5 900	50,8	55,6	58,3	36,2	39,3
Sages-femmes et practiciens de médecines douces	3 300	4 700	41,1	61,0	74,8	41,3	44,1
Ambulanciers et autre personnel paramédical	12 200	16 400	33,9	20,5	26,1	34,5	36,8
Autre personnel technique en thérapie et diagnostic	5 900	16 600	180,2	75,2	80,9	36,5	37,1
Personnel de soutien	**169 400**	**211 700**	**24,9**	**84,4**	**86,7**	**36,8**	**39,0**
Assistants dentaires	22 200	25 600	15,3	98,0	98,1	30,9	34,4
Aides infirmiers, aides soignants et préposés aux bénéficiaires	118 900	138 500	16,5	82,8	85,6	38,3	40,6
Autre personnel de soutien	28 300	47 600	68,2	80,4	83,6	35,1	36,8

Source : Recensement du Canada

Tableau 2 : Caractéristiques des travailleurs de la santé et des autres secteurs

	Total	Hors santé	Santé	Professionnels de la santé	Personnel technique	Personnel de soutien
			En milliers			
Nombre						
1991	14 358	13 639	719	431	119	169
2001	15 870	15 046	825	468	145	212
			%			
Femmes						
1991	45,4	43,6	79,1	79,4	70,4	84,4
2001	47,0	45,2	79,3	78,2	72,2	86,7
Âge moyen						
1991	37,0	36,9	38,3	39,5	35,9	36,8
2001	38,8	38,7	41,1	42,8	38,6	39,0
Immigrants récents						
1991	4,5	4,5	4,2	3,5	4,7	5,5
2001	6,0	6,1	4,7	3,8	4,7	6,7
Taux de chômage						
1991	8,2	8,5	3,2	2,2	3,8	5,4
2001	5,4	5,6	1,9	1,2	2,4	3,1
À temps plein toute l'année						
1991	51,8	51,7	52,8	54,3	57,6	45,5
2001	54,2	54,1	57,1	59,5	59,0	50,6
À temps partiel surtout, toute l'année						
1991	19,6	19,0	29,6	29,9	21,4	34,8
2001	21,7	21,4	27,6	25,5	24,2	34,4
Travailleurs indépendants						
1991	9,2	9,2	9,6	13,9	6,5	0,8
2001	11,0	11,0	12,0	16,8	12,5	1,0
Heures moyennes						
1991	31,1	31,1	31,2	32,5	31,6	27,5
2001	32,8	32,8	32,8	34,2	32,7	29,6

Source : Recensement du Canada

Revenu d'emploi

Globalement, le revenu d'emploi annuel moyen[3] a progressé de 7,2 % en termes réels entre 1990 et 2000 (tableau 3). Cette hausse a atteint 8,9 % chez les travailleurs de la santé et 7,0 % chez le reste de la main-d'œuvre. Les professionnels de la santé ont connu la progression la plus marquée (13,8 %), suivis du personnel de soutien (8,6 %). Le revenu du personnel médical technique a, par contre, progressé moins rapidement, soit de 0,6 %.

Le revenu d'emploi médian global a augmenté plus modestement (3,3 %) en raison des fortes hausses enregistrées dans les tranches de revenus élevés. Les travailleurs de la santé se distinguent une fois de plus par une croissance de revenu marquée, les professionnels affichant la hausse la plus importante (15,1 %), tandis que le personnel de soutien a enregistré une augmentation plus modeste (7,9 %) et que le personnel technique a affiché plutôt une baisse de 0,2 %.

Les professionnels de la santé se démarquent toujours, comparés aux autres groupes de professions. Le revenu d'emploi moyen durant la même période a augmenté de 4,9 % chez les professionnels hors de la santé, et de 13,9 % chez les hauts gestionnaires. Quant au revenu médian, il a baissé de 2,5 % chez les premiers et progressé de 0,2 % chez les seconds.

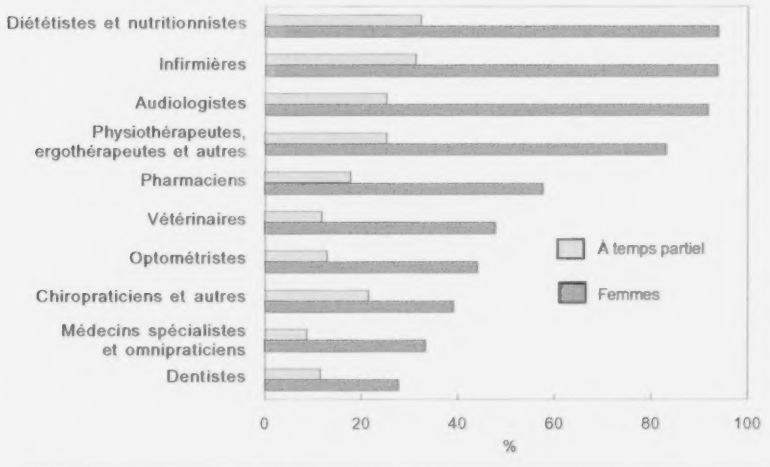
Pour ce qui est des travailleurs à temps plein toute l'année, ceux de la santé se différencient encore par des hausses du revenu médian supérieures à celles du reste de la main-d'œuvre. Ces hausses coïncident avec une augmentation des heures de travail et de l'âge moyen dans les professions de la santé. Les hausses modestes du revenu médian chez le personnel technique et de soutien coïncident avec une progression des heures de travail plus importante que chez les professionnels[4].

La hausse du revenu chez les professionnels semble traduire en partie l'intensité de travail accrue et la progression de l'âge moyen de ces derniers. Ces observations générales cachent cependant des disparités qui apparaissent lorsque les professions de la santé sont examinées séparément, les deux plus importantes en termes d'effectif étant celles d'infirmière et de médecin.

Les infirmières

Le terme « infirmière » désigne à la fois les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires. On examine cependant chacun des deux groupes séparément malgré une certaine similitude de leurs tâches et le fait que les deux professions sont réglementées. Les infirmières auxiliaires travaillent souvent sous la

Graphique B : La croissance de la proportion des femmes dans les professions de la santé et celle du travail à temps partiel vont de pair.



Source : Recensement du Canada, 2001

supervision des infirmières autorisées ou des médecins; elles ont pour la plupart une année de formation postsecondaire, tandis que les infirmières autorisées ont au moins une formation collégiale et de plus en plus fréquemment un baccalauréat.

Les effectifs des infirmières autorisées se sont grandement accrus au cours des années 1980, mais le ralentissement des taux d'embauche et les réductions d'effectifs par attrition des années 1990 ont transformé un surplus apparent en pénurie apparente. De 1991 à 2001, le nombre d'infirmières autorisées a progressé d'un modeste 2 % (tableau 1), tandis que celui des infirmières en chef et superviseures a chuté de 48 % à la suite des suppressions de postes hiérarchiques. L'effectif des infirmières autorisées s'est accru moins rapidement que la population totale, de sorte que le nombre d'infirmières par habitant a chuté, passant de 93,3 pour 10 000 habitants en 1991 à 82,5 en 2002 (tableau 4)[5]. Ce ratio a baissé dans tout le Canada, et l'Alberta et la Colombie-Britannique ont affiché les ratios les plus faibles en 2001[6].

Les infirmières auxiliaires ont, quant à elles, perdu 11 % de leurs effectifs entre 1991 et 2001. Le fait de les inclure dans le ratio d'infirmières pour 10 000 habitants accentue donc la tendance à la baisse de celui-ci. Cette baisse a d'ailleurs touché presque tout le pays. La Colombie-Britannique, l'Ontario et l'Alberta affichaient le plus faible ratio global d'infirmières en 2001.

Le personnel infirmier est encore très majoritairement constitué de femmes : 93,8 % en 2001, contre 94,6 % en 1991. Le Québec affichait la plus forte proportion d'hommes infirmiers : 9,1 %, contre 3,7 % à l'Île-du-Prince-Édouard (graphique C). Les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires sont parmi les professionnels de la santé dont l'âge moyen a augmenté le plus, de 4,1 ans et 4,4 ans, respectivement (tableau 1). Cela s'explique en grande partie par le faible nombre d'entrants dans la profession, conséquence à la fois des faibles taux d'embauche du début des années 1990 et de la baisse des inscriptions en sciences infirmières (Graphique D).

Les conditions de travail difficiles de cette profession — longues heures, travail par quarts, manque de personnel et accès difficile aux postes à temps plein — découragent peut-être les étudiants éventuels de suivre des études en sciences infirmières. Ces conditions difficiles sont peut-être aussi responsables de la tendance des infirmières à prendre leur retraite relativement tôt.

On estime à plus de 64 000 le nombre d'infirmières autorisées que la profession perdrait entre 2001 et 2006 à la suite de la retraite ou de décès prématurés (ICIS, 2003a)[7]. Ce chiffre représentait 28 % de l'effectif de 2001. La Colombie-Britannique serait la province la plus touchée puisque 32 % de son effectif de 2001 risquent d'être à la retraite entre 2001 et 2006, contre 22 % dans la région de l'Atlantique, qui subirait les pertes les moins lourdes.

Ce genre d'étude n'a pas été fait pour les infirmières auxiliaires. Mais, selon la Base de données sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (BDIIAA), plus de la moitié des effectifs actuels d'infirmières auxiliaires auront atteint 55 ans d'ici 2012. Une proportion importante de ces effectifs sera

Tableau 3 : Intensité de travail et revenu annuel selon le régime de travail

	Ensemble	Hors santé	Santé	Professionnels de la santé	Personnel technique	Personnel de soutien	Assistants dentaires	Aides infirmiers, aides soignants et préposés aux bénéficiaires	Autre personnel de soutien des services de santé
Tous les travailleurs									
Heures moyennes									
1991	31,1	31,1	31,2	32,5	31,6	27,5	27,6	27,1	29,0
2001	32,8	32,8	32,8	34,2	32,7	29,6	28,7	29,7	29,7
						%			
Variation	5,5	5,5	5,1	5,2	3,5	7,6	4,0	9,6	2,4
Revenu moyen						$			
1990	30 300	29 900	38 400	47 200	33 300	19 700	20 300	19 500	20 100
2000	32 500	32 000	41 900	53 700	33 500	21 400	22 100	21 300	21 400
						%			
Variation	7,2	7,0	8,9	13,8	0,6	8,6	8,4	9,3	6,3
Revenu median						$			
1990	25 200	24 400	30 400	36 500	32 100	19 500	20 700	19 500	19 300
2000	26 000	25 200	32 400	42 000	32 000	21 000	22 000	21 000	20 000
						%			
Variation	3,3	3,1	6,4	15,1	-0,2	7,9	6,4	7,9	3,4
À temps plein toute l'année									
Heures moyennes									
1991	43,1	43,1	41,4	42,3	40,4	39,3	38,2	39,6	39,2
2001	43,9	44,0	41,9	42,7	41,5	40,0	38,3	40,4	39,5
						%			
Variation	1,9	2,1	1,2	0,9	2,7	1,8	0,3	2,0	0,8
Revenu moyen						$			
1990	41 300	40 900	48 700	58 700	40 600	25 800	26 200	25 600	26 200
2000	43 000	42 600	49 800	61 800	39 900	26 600	27 200	26 200	27 200
						%			
Variation	4,0	4,1	2,2	5,2	-1,6	3,1	4,0	2,6	3,6
Revenu médian						$			
1990	36 500	36 500	38 900	45 000	39 100	25 800	25 600	25 900	25 700
2000	35 800	35 100	40 000	48 800	40 000	26 000	27 000	26 000	25 700
						%			
Variation	-1,9	-3,7	2,8	8,4	2,4	0,7	5,3	0,4	-0,2

Source : Recensement du Canada

donc admissible à la retraite d'ici là — 60 % en Colombie-Britannique et environ 42 % en Nouvelle-Écosse (ICIS, 2003b).

Face à la pénurie de médecins, on envisage maintenant d'élargir le rôle des infirmières en leur permettant d'effectuer des tâches habituellement réservées aux médecins. En raison des progrès technologiques, des responsabilités accrues et de la complexité croissante des tâches, le nombre d'infirmières autorisées détenant un baccalauréat est en hausse. Plusieurs provinces ont d'ailleurs annoncé, à la fin des années 1990, qu'elles exigeraient le baccalauréat comme critère d'embauche minimum (ICIS, 2003c). Le nombre d'infirmières autorisées titulaires au moins du baccalauréat a quintuplé, passant d'environ 5 % en 1991 à près de 25 % en 2001.

Intensité de travail et revenu d'emploi annuel

La difficulté pour les infirmières d'obtenir des postes à temps plein fait la manchette depuis longtemps. Cependant, celles-ci étaient, en 2001, parmi les

Tableau 4 : Effectif d'infirmières pour 10 000 habitants

	Autorisées			Autorisées et auxiliaires	
	Recensement		ICIS	Recensement	
	1991	2001	2001	1991	2001
			%		
Canada	**93,3**	**82,5**	**74,1**	**113,2**	**98,4**
Terre-Neuve-et-Labrador	91,6	98,4	102,0	135,5	147,6
Île-du-Prince-Édouard	108,3	100,7	91,2	145,0	141,2
Nouvelle-Écosse	113,8	100,2	90,6	140,4	126,1
Nouveau-Brunswick	105,5	97,3	97,8	127,0	122,4
Québec	87,1	82,1	78,7	109,1	100,7
Ontario	92,2	81,6	67,4	110,7	92,8
Manitoba	108,3	96,9	89,4	133,0	109,9
Saskatchewan	97,3	89,6	80,8	118,5	107,4
Alberta	97,7	78,7	74,3	117,5	95,8
Colombie-Britannique	92,2	73,4	66,4	103,4	88,7
Territoires	73,0	81,6	103,4	83,9	98,3

Sources : Recensement du Canada; Institut canadian d'information sur la santé

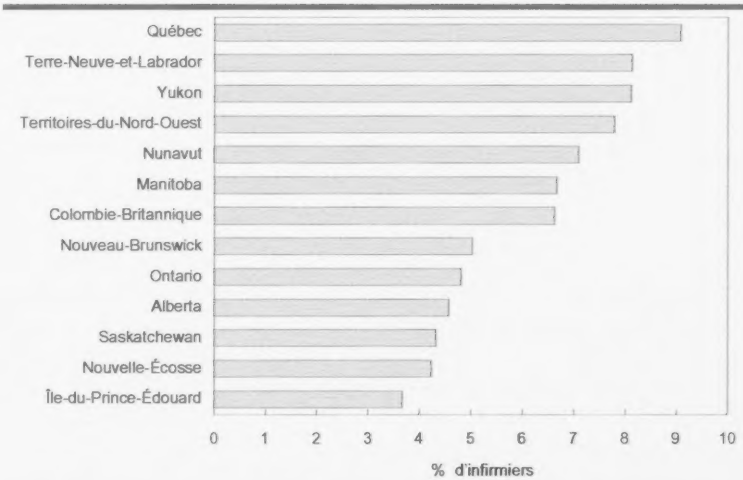
Le revenu annuel médian réel des infirmières autorisées a augmenté de plus de 17 % dans les années 1990, ce qui représente la plus forte hausse après celle des professionnels en thérapie et en évaluation (21 %)[9]. Le revenu des infirmières auxiliaires a aussi affiché une forte progression, à savoir 11 %.

Les infirmières autorisées à temps plein toute l'année ont enregistré la plus forte croissance (8,0 %) du revenu médian parmi les professionnels et, vu leur proportion importante, cette hausse a largement contribué à celle de 8,4 % du revenu de l'ensemble des professionnels de la santé entre 1990 et 2000. Les infirmières auxiliaires ont, quant à elles, affiché une hausse modeste de 2,7 % de leur revenu.

professionnels de la santé dont le nombre d'heures de travail moyen par semaine a progressé le plus (près de 8 %) par rapport à 1991 (tableau 5).

En outre, la proportion d'infirmières travaillant à temps plein toute l'année a augmenté, passant de 50 % à 58 % chez les autorisées, et de 50 % à 56 % chez les auxiliaires[8]. Travailler à temps plein ou à temps partiel a de nombreuses conséquences en matière d'avantages sociaux. Selon la base de données des infirmières autorisées, le nombre de postes à temps plein a effectivement augmenté depuis 1998 (ICIS, 2003), et augmenté davantage que le nombre de postes à temps partiel. Mais cette progression s'est produite au détriment des postes occasionnels.

Graphique C : Globalement, le personnel infirmier est constitué à 95 % de femmes, mais cette proportion varie d'une province à l'autre.



Source: Recensement du Canada, 2001

Définitions

Les **travailleurs de la santé** sont les personnes occupant un emploi dans le secteur de la santé. Il s'agit des professions aux codes allant de D011 à D313 dans la Classification nationale des professions de 2001.

Les **professionnels de la santé** s'occupent principalement de diagnostiquer et de traiter les problèmes de santé des humains et des animaux et de fournir des services connexes tels que ceux de pharmacie, de nutrition, d'orthophonie, de physiothérapie et d'ergothérapie. En plus des médecins spécialistes et omnipraticiens, des dentistes, vétérinaires, optométristes, chiropraticiens, pharmaciens, diététistes et nutritionnistes, audiologistes et orthophonistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, ce groupe inclut le personnel infirmier (infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées).

Le **personnel technique** s'occupe principalement de fournir un soutien technique aux professionnels. Les technologues et les techniciens occupant des postes de surveillants sont inclus dans ce groupe. Celui-ci comprend tous les technologues et techniciens (en anatomopathologie, de laboratoire médical, en santé animale, en radiation médicale, en échographie, en cardiologie, en électroencéphalographie et autres), les inhalothérapeutes, perfusionnistes cardio-vasculaires et technologues cardiopulmonaires, les denturologistes, hygiénistes et thérapeutes dentaires, les technologues et techniciens dentaires et auxiliaires dans les laboratoires dentaires, les opticiens, les sages-femmes et praticiens des médecins douces et les ambulanciers.

Le **personnel de soutien** fournit un soutien technique aux professionnels. Ce groupe comprend les assistants dentaires, les aides-infirmiers, les aides-soignants et les préposés aux bénéficiaires.

Les **infirmières autorisées** comptent parmi elles les infirmières autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées et les finissants d'un programme en sciences infirmières qui ne sont pas encore autorisés.

Les **infirmières auxiliaires autorisées** administrent des soins infirmiers aux patients, habituellement sous la supervision des médecins, des infirmières autorisées ou d'autres membres de l'équipe de santé. Ce groupe de base comprend les techniciens en chirurgie.

Les **médecins spécialistes** sont les spécialistes en médecine clinique, en médecine de laboratoire ou en chirurgie.

Les **autres professionnels** sont ceux qui travaillent en dehors du secteur de la santé, dont précisément les professionnels en gestion des affaires et en finance, en sciences naturelles et appliquées, les juges, avocats, psychologues, travailleurs sociaux, ministres du culte et agents des politiques et des programmes, et les professionnels des arts et de la culture (c.-à-d. les groupes B0, C0, E0 et F0 de la Classification nationale des professions de 2001). Ces professions exigent souvent au moins un baccalauréat.

La catégorie « **temps plein toute l'année** » a été créé en combinant le nombre de semaines travaillées pendant l'année de référence du recensement et le nombre d'heures habituellement travaillées durant la semaine de référence du recensement. Les travailleurs à temps plein ont habituellement un régime de travail plus stable que le reste de la main-d'œuvre.

La catégorie « **surtout à temps partiel** » est celle des personnes ayant répondu avoir travaillé surtout à temps partiel durant l'année de référence. Elle ne tient pas compte du nombre de semaines travaillées durant cette année.

Le **taux de chômage** est le nombre de chômeurs exprimé en pourcentage de la population active. Les personnes qui n'ont jamais eu d'emploi ou celles qui n'en avaient pas dans les 18 mois précédant la semaine de référence du recensement n'ont pas déclaré de profession. Elles sont donc exclues du calcul.

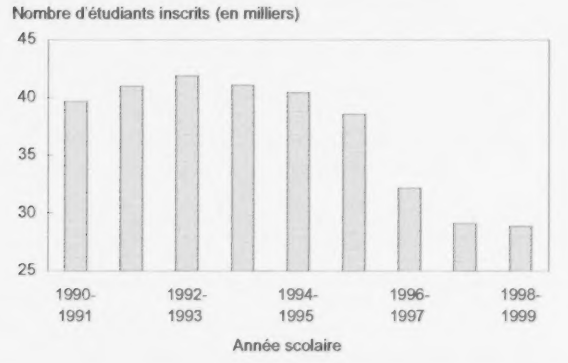
Ces hausses reflètent en partie celle des heures de travail hebdomadaires (2,1 %) et celle de l'âge moyen, et témoignent peut-être aussi de la rareté croissante de ce genre de professionnelles.

Les omnipraticiens et médecins spécialistes

L'effectif des professionnels du secteur de la santé a progressé d'un peu moins de 9 % entre 1991 et 2001, alors que celui des professionnels des autres secteurs a grimpé de 36 %. Le nombre d'omnipraticiens a augmenté d'un peu moins de 12 %, tandis que celui des médecins spécialistes a augmenté de 34 % en raison de l'engouement croissant pour la médecine spécialisée au détriment de la médecine familiale (CHAN, 2002)[10].

Le Canada comptait 2,2 médecins pour 1 000 habitants en 2001, ce qui le place en-dessous de la moyenne de 2,9 pour les pays de l'OCDE (OCDE, 2003)[11]. La plupart des provinces ont un ratio comparable (variant entre 2,2 et 2,4), sauf le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan, l'Île-du-Prince-Édouard et les Territoires, où ce ratio varie entre 1,7 et moins de 1. Ces disparités peuvent être attribuables à plusieurs facteurs. Par exemple, certaines régions éloignées peuvent avoir du mal à attirer des médecins et doivent compter sur les régions voisines pour desservir leur population (graphique E). Parmi les médecins et spécialistes on compte des internes, et comme certaines provinces ont une plus grande capacité d'accueil d'étudiants, cela peut artificiellement hausser leur ratio.

Graphique D : Baisse des inscriptions en sciences infirmières postsecondaires.



Sources : Système d'information statistique sur la clientèle des collèges communautaires et Système d'information statistique sur la clientèle universitaire

Le nombre de médecins spécialistes par habitant varie aussi selon la province et le territoire mais révèle des tendances similaires à celles du ratio global, les mêmes provinces et régions se trouvant aux extrêmes. Le fait que certaines provinces ont un ratio de spécialistes plus ou moins important peut être lié au caractère urbain ou rural du lieu de résidence. On trouve en effet davantage de spécialistes dans les grandes zones urbaines. Les omnipraticiens sont plus susceptibles de pratiquer des accouchements et de prodiguer des soins palliatifs et d'urgence en zones rurales qu'en zones urbaines, où ces soins sont prodigués par des spécialistes (ICIS et Statistique Canada, 2003).

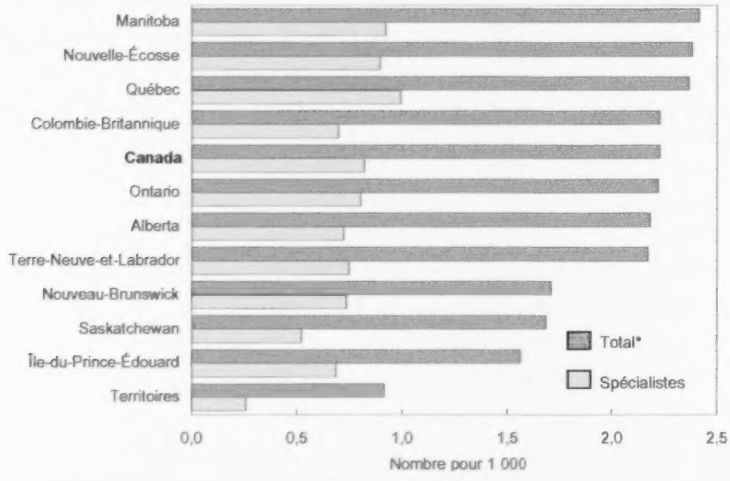
Le ratio de médecins pour 1 000 habitants ne tient toutefois pas compte du nombre d'heures travaillées par ces professionnels ni de leur productivité respective ou de la demande plus importante de services dans certains groupes démographiques. Ces facteurs ont été pris en compte dans le « ratio réel » (CHAN, 2002), dans lequel on attribue aux médecins un facteur de pondération en fonction du nombre d'actes médicaux qu'ils effectuent selon leur âge et sexe. Un facteur de

Tableau 5 : Gains annuels et intensité de travail des professionnels de la santé

	Ensemble des professionnels				Professionnels à temps plein toute l'année			
	Revenu médian		Heures moyennes		Revenu médian		Heures moyennes	
	2000	Variation 1990-2000	2001	Variation 1991-2001	2000	Variation 1990-2000	2001	Variation 1991-2001
	$	%		%	$	%		%
Professionnels hors santé	**41 500**	**-2,5**	**34,7**	**3,0**	**50 000**	**-2,1**	**43,2**	**3,1**
Professionnels de la santé	**42 000**	**15,1**	**34,2**	**5,2**	**48 800**	**8,4**	**42,7**	**0,9**
Médecins spécialistes	110 100	-7,0	46,6	-5,5	125 700	3,3	54,5	-2,7
Omnipracticiens	97 000	-0,3	46,4	-2,9	104 100	-4,9	53,5	-2,2
Dentistes	80 000	-8,4	37,0	2,8	95 900	-1,5	42,3	1,7
Vétérinaires	50 000	2,8	42,8	-4,7	55 800	-0,3	49,7	-3,5
Optométristes	62 000	-2,0	37,1	6,3	70 000	-4,1	43,0	4,9
Chiropraticiens	42 000	-30,9	37,2	-1,6	50 000	-29,1	42,9	1,9
Autres en diagnostic et en traitement	27 000	-19,6	33,1	7,1	35 000	-17,8	43,0	2,9
Pharmaciens	52 000	6,9	35,3	2,3	59 600	6,7	42,5	0,0
Diététistes et nutritionnistes	33 000	-3,1	30,1	4,2	42 500	-7,9	39,8	1,8
Audiologistes et orthophonistes	45 000	5,7	31,8	4,6	50 900	-0,4	40,2	4,1
Physiothérapeutes	40 600	13,1	32,2	5,6	48 700	5,4	40,4	1,5
Ergothérapeutes	40 000	9,6	30,6	0,7	46 000	5,2	39,2	1,6
Autres en thérapie et en évalution	28 000	21,1	30,3	9,0	35 000	8,0	40,8	0,5
Infirmières en chef et superviseurs	48 000	3,3	33,6	4,3	51 400	3,1	41,0	4,3
Infirmières autorisées	40 000	17,4	31,5	7,9	46 000	8,0	40,3	2,3
Infirmières auxiliaires	28 000	11,0	30,7	7,7	31 200	2,7	39,8	1,5

Source : Recensement du Canada

Graphique E : L'Île-du-Prince-Édouard et les Territoires comptent le moins de médecins pour 1 000 habitants.



Source: Recensement du Canada, 2001
** Ensemble des médecins spécialistes et omnipraticiens*
Nota : Les médecins travaillant à l'étranger ne sont pas compris dans ces données.

femmes ont accru leur présence dans plusieurs professions médicales peu traditionnelles, telles que celles d'omnipraticien (où leur proportion est passée de 27 % à 34 %) et de médecin spécialiste (où leur proportion est passée de 23 % à 32 %). Cette croissance reflète l'afflux des diplômés en médecine, qui, depuis 1996, sont majoritairement des femmes (ICIS, 2002). L'entrée assez récente des femmes dans ces professions se traduit par le fait qu'elles y sont en moyenne plus jeunes que leurs homologues masculins (40,6 ans et 47,8 ans, respectivement).

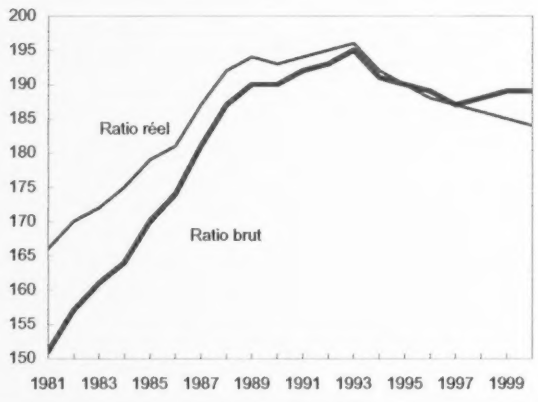
Entre 1991 et 2001, on a pu observer une proportion croissante de travailleurs indépendants dans l'ensemble de la population active. Le fait d'être travailleur indépendant varie grandement selon le sexe

pondération est aussi attribué à la population en fonction des besoins de santé différents selon l'âge et le sexe. Si le ratio brut indique une légère hausse du nombre de médecins par habitant ces dernières années, le ratio ajusté indiquerait plutôt une chute ininterrompue depuis 1993, année où il avait atteint son point culminant (graphique F).

Les omnipraticiens et médecins spécialistes sont parmi les professionnels les plus âgés (tableau 1), et cela tient à plusieurs facteurs. En général, les médecins prennent leur retraite à un âge relativement avancé, ce qui est confirmé par la proportion d'entre eux âgés de 55 ans et plus. On note par ailleurs une baisse du nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine et une hausse du nombre d'années d'études postdoctorales, la pratique de la médecine familiale diminuant au profit de la médecine spécialisée[12].

En 2001, environ 48 % des professionnels des secteurs autres que celui de la santé étaient des femmes, contre 78 % dans le secteur de la santé. Si cette proportion est demeurée stable entre 1991 et 2001, les

Graphique F : Le ratio brut indique une légère amélioration du nombre de médecins par habitant, mais le ratio réel a continué de baisser.



Source : Institut canadian d'information sur la santé

et la profession. Comparés aux autres professionnels, ceux de la santé semblent être nettement plus enclins à travailler à leur compte, la proportion d'entre eux qui travaillaient à ce titre en 2001 était de 17 %, contre 13 % pour les autres professionnels (tableau 6). Cette tendance plus forte semble toutefois très masculine (50 % des hommes, contre 8 % des femmes). Cela tient partiellement au fait que les femmes sont concentrées dans les professions où le travail autonome relève plutôt de l'exception, comme c'est le cas chez le personnel infirmier. Les femmes constituent donc une minorité des médecins spécialistes, omnipraticiens, dentistes, vétérinaires, optométristes et chiropraticiens, dont la majorité travaille à titre indépendant. Mais même dans ces professions à forte proportion d'indépendants, les femmes ont moins tendance que les hommes à travailler à leur compte.

Tableau 6 : Répartition des professionnels de la santé selon la proportion de travailleurs indépendants et le sexe

	Ensemble des deux sexes		Hommes		Femmes	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001
	%					
Professionnels hors santé	**9,4**	**12,6**	**12,1**	**16,0**	**6,2**	**8,9**
Professionnels de la santé	**13,9**	**16,8**	**50,7**	**49,6**	**4,3**	**7,6**
Médecins spécialistes	54,5	52,9	57,6	58,4	44,3	40,8
Omnipracticiens	62,6	61,6	66,3	65,5	52,4	54,1
Dentistes	81,5	77,6	83,6	82,5	70,2	64,7
Vétérinaires	52,5	46,8	60,5	54,0	35,6	38,9
Optométristes	73,8	80,5	88,0	87,0	50,4	72,3
Chiropraticiens	86,3	87,3	89,5	90,9	69,4	77,8
Autres en diagnostic et en traitement	49,3	66,4	63,8	71,7	39,3	62,8
Pharmaciens	16,7	14,2	27,4	24,6	6,7	6,6
Diététistes et nutritionnistes	7,5	9,0	17,0	20,8	7,0	8,2
Audiologistes et orthophonistes	5,5	10,5	19,0	24,7	4,4	9,2
Physiothérapeutes	14,3	23,5	28,9	37,2	11,7	20,0
Ergothérapeutes	7,1	11,2	11,0	13,2	6,7	11,0
Autres en thérapie et en évaluation	13,1	17,8	8,4	16,6	14,7	18,1
Infirmières en chef et superviseurs	0,9	0,8	2,7	1,5	0,8	0,8
Infirmières autorisées	0,7	1,1	1,0	1,1	0,7	1,1
Infirmières auxiliaires	0,7	0,8	1,7	0,9	0,6	0,8

Source : Recensement du Canada

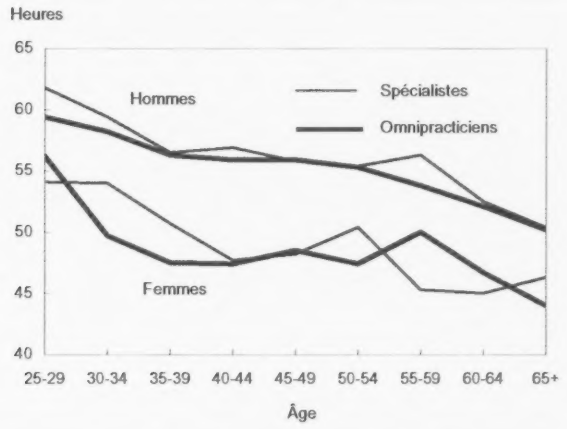
Intensité de travail et revenu d'emploi annuel

Le nombre d'heures de travail moyen des médecins spécialistes et des omnipraticiens a sensiblement diminué entre 1991 et 2001 (de 6 % et 3 %, respectivement [tableau 5]). Ces professionnels sont également moins nombreux à travailler à temps plein toute l'année : la proportion de médecins spécialistes ayant adopté ce régime de travail est passée d'environ 68 % à 61 % de 1991 à 2001, et celle d'omnipraticiens, de 67 % à 65 %.

Cette baisse pourrait s'expliquer par la proportion plus élevée des femmes dans ces professions. En effet, de 1991 à 2001, les femmes représentaient la plus grande part (73 %) de l'accroissement des effectifs de ces médecins. Et c'est surtout parmi les omnipraticiens qu'elles se sont démarquées puisqu'elles représentent presque la totalité de l'accroissement (98 %) des effectifs. Malgré leur afflux important dans ces professions, les femmes travaillant à temps plein toute l'année représentaient la plus grande part de l'accroissement total chez ces professionnels. À noter, cependant, qu'une femme médecin à temps plein toute l'année travaille un peu moins de 50 heures par semaine en moyenne, tandis que son homologue masculin en fait 56. L'écart varie toutefois avec l'âge, augmentant vers l'âge où les femmes ont habituellement des enfants et diminuant par la suite (graphique G). Cependant, un écart significatif subsiste dans la plupart des groupes d'âges en 2001.

La baisse de la proportion des médecins spécialistes et omnipraticiens à temps plein toute l'année peut aussi être liée au fait que ceux-ci sont parmi les plus âgés des professionnels de la santé et que les heures de travail diminuent généralement à partir de 55 ans (graphique H). Le nombre des professionnels de la santé âgés de 55 ans et plus s'est par ailleurs accru de 35 % entre 1991 et 2001.

Graphique G : Parmi les médecins, les femmes travaillent moins d'heures, quel que soit l'âge.



Source : Recensement du Canada, 2001

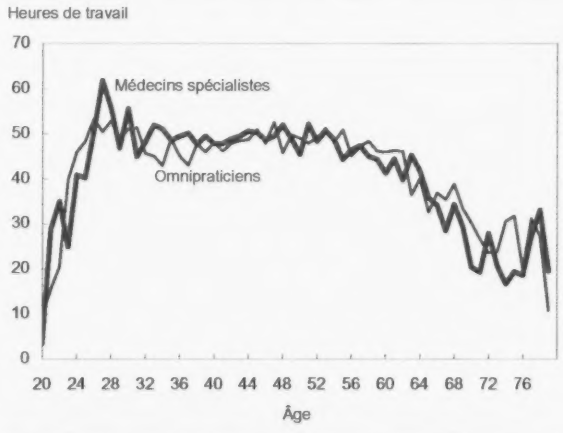
L'âge élevé des médecins, conjugué à l'afflux des femmes dans ces professions, accentue l'impression de pénurie puisque les heures de travail des femmes et des médecins plus âgés sont moindres que celles des hommes de moins de 55 ans. D'autres facteurs — tels que les règles visant à réduire le nombre d'interventions médicales et la nécessité pour certains hôpitaux de réduire le nombre de lits disponibles — contribuent aussi à allonger les listes d'attente et à renforcer l'idée d'une pénurie de médecins.

Les médecins spécialistes et les omnipraticiens à temps plein toute l'année affichent une baisse des heures de travail de 2,7 % et de 2,2 %, respectivement. Des sources administratives indiquent, cependant, que les heures de travail des médecins varient d'année en année. Comme la plupart sont payés à l'acte, une autre façon de tenir compte de leur intensité de travail consiste à examiner le nombre d'actes médicaux effectués dans le temps. D'après cette mesure, les médecins à temps plein toute l'année, hommes et femmes, effectuaient davantage d'actes médicaux en 1998-1999 qu'en 1989-1990 (ICIS, 2002). Dans les deux périodes, cependant, les médecins hommes ont effectué plus d'actes médicaux. En outre, malgré une baisse des heures de travail hebdomadaires moyennes, l'ensemble des médecins spécialistes et omnipraticiens faisaient, encore en 2001, plus d'heures par semaine que les autres professionnels de la santé (54,5 et 53,5, respectivement).

Les médecins spécialistes à temps plein toute l'année ont vu leur revenu annuel médian croître de 3,3 % en termes réels, tandis que les omnipraticiens ont vu le leur baisser de 4,9 %. Ces variations tranchent avec la croissance de 8,4 % du revenu de l'ensemble des professionnels de la santé. À titre de comparaison, le revenu annuel médian de l'ensemble des travailleurs a diminué de 1,9 % et celui des professionnels hors santé, de 2,1 %.

Ces variations de revenu chez les omnipraticiens et les médecins spécialistes peuvent être liées à plusieurs facteurs. Si l'accroissement de l'âge moyen devrait créer des pressions à la hausse sur le revenu, l'augmentation du nombre de femmes et la baisse du nombre de travailleurs indépendants entraîneraient des pressions à la baisse[13]. Des dépenses d'exploitation accrues ainsi qu'une certaine tendance à la sous-facturation peuvent aussi expliquer le peu de croissance du revenu des médecins[14]. Cette sous-facturation se produit par ignorance — certains médecins ne savent peut-être tout simplement pas que certaines interventions peuvent être facturées —, par malaise, ou encore parce que certains médecins veulent simplifier la tâche en omettant de facturer les patients pour des services non couverts par l'assurance-santé (prise de sang ou d'urine). La sous-facturation pourrait représenter jusqu'à 15 % du revenu annuel d'un médecin (Clarke, 2001).

Graphique H : Après l'âge de 55 ans, les médecins réduisent leurs heures de travail.



Source : Recensement du Canada, 2001

Revenu annuel par province

Le revenu d'emploi annuel des médecins (spécialistes et omnipraticiens) varie beaucoup selon la province (tableau 7). Même s'il s'agit du revenu des travailleurs à temps plein toute l'année, des écarts relatifs au nombre d'heures de travail peuvent subsister d'une province à l'autre en raison, par exemple, de la composition par âge et sexe des professionnels, de leur rareté ou bien de la composition de la population qu'ils desservent. En outre, le domaine de spécialisation des médecins de certaines provinces, le type de clinique des omnipraticiens, la proportion d'entre eux travaillant à leur compte sont autant de facteurs qui peuvent influer sur leur rémunération moyenne.

Un écart de 45 000 $ sépare le revenu annuel médian des médecins spécialistes des provinces de l'Atlantique et des Prairies, et un écart de 35 000 $ sépare les omnipraticiens de l'Ontario et de Colombie-Britannique.

La profession d'infirmière étant syndiquée, les écarts de revenu peuvent refléter l'ampleur des négociations salariales des divers syndicats, la composition de la main-d'œuvre par âge, les besoins plus importants dans certaines régions, le manque d'infirmières ainsi que le nombre habituel d'heures de travail et la proportion d'heures supplémentaires. Le revenu des infirmières en chef et superviseures étant inclus dans celui des infirmières autorisées, les écarts peuvent aussi refléter la bonification des revenus accordée au personnel de supervision dans certaines provinces. Ainsi, un écart de 8 000 $ sépare le revenu des infirmières à temps plein toute l'année en Colombie-Britannique de leurs homologues des provinces de l'Atlantique.

L'écart de revenu entre hommes et femmes

En 2000, un écart de 36 % séparait le revenu des femmes professionnelles de la santé à temps plein toute l'année de celui de leurs homologues masculins (tableau 8). Mais cet écart varie grandement selon la profession, allant de 53 % chez les médecins spécialistes à 7 % chez les audiologistes, les orthophonistes, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Les femmes faisant moins d'heures que les hommes, l'ajustement de l'écart de revenu en fonction de la différence d'heures de travail réduit cet écart pour la plupart des professions.

Un écart important persiste cependant chez les médecins spécialistes et les omnipraticiens. Par exemple, les femmes médecins spécialistes travaillant à temps plein toute l'année touchent un revenu annuel moyen de 44 % inférieur à celui des hommes. L'écart est un peu moins élevé chez les omnipraticiens, mais les femmes touchent tout de même 20 % de moins que les hommes.

Une partie de l'écart de revenu s'explique probablement par l'âge, la province, la taille et le lieu de résidence et le fait d'être salarié ou travailleur indépendant. L'effet de ces variables a donc été testé à l'aide d'un modèle de décomposition d'Oaxaca. D'après ce modèle, environ un tiers de l'écart de revenu s'explique par l'âge plus faible des femmes et par leur tendance moindre à travailler à leur compte. Les deux tiers restants peuvent être attribuables au domaine de spécialisation, au fait que ces professions sont rémunérées à l'acte et que les femmes effectuent moins d'actes médicaux que les hommes, ainsi qu'à d'autres différences sexuelles non observables.

Sommaire

Les professions de la santé sont exercées en majorité par des femmes, celles-ci représentant près de quatre travailleurs de la santé sur cinq en 2001. En outre, les travailleurs de la santé sont en moyenne un peu plus âgés.

Tableau 7 : Revenu d'emploi annuel médian des travailleurs de la santé à temps plein toute l'année, 2000

			Infirmières	
	Médecins spécialistes	Omni-praticiens	En chef, superviseurs et autorisées	Auxiliaires
			$	
Canada	**125 700**	**104 100**	**46 500**	**31 200**
Provinces de l'Atlantique	144 600	110 000	42 500	28 000
Québec	130 000	100 000	46 400	33 000
Ontario	132 000	120 000	49 000	33 700
Prairies	100 000	100 000	46 000	29 900
Colombie-Britannique	100 500	85 000	50 000	40 000
Territoires	F	F	60 000	F

Source : Recensement du Canada

Tableau 8 : Revenu d'emploi annuel des professionnels de la santé à temps plein toute l'année, 2000

	Hommes	Femmes	Ratio femmes/hommes	
			Non-ajusté	Ajusté pour les heures
	$		%	
Professionnels hors santé	**55 300**	**44 400**	**80**	**83**
Professionnels de la santé	**70 000**	**45 000**	**64**	**72**
Médecins spécialistes	150 000	71 000	47	56
Omnipracticiens	120 000	84 000	70	80
Dentistes	101 900	67 000	66	65
Vétérinaires	61 500	47 000	76	84
Optométristes, chiropraticiens et autres en diagnostic et en traitement	60 000	40 000	67	73
Pharmaciens, diététistes et nutritionnistes	62 800	50 000	80	87
Audiologistes et orthophonistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes et autres en thérapie et en évaluation	50 000	46 300	93	100
Infirmières en chef et superviseurs, infirmières autorisées	49 900	46 000	92	95
Infirmières auxiliaires	34 000	31 000	91	93

Source : Recensement du Canada

Leur âge moyen est de 41,1 ans (contre 38,7 ans pour les travailleurs hors santé), et il progresse plus rapidement que dans les autres professions depuis 1991.

Les travailleurs de la santé ont généralement accru leur intensité de travail — bon nombre d'entre eux ont multiplié leurs heures de travail et la proportion travaillant à temps plein toute l'année a considérablement augmenté. Malgré cette croissance, on observe une certaine prédominance du travail à temps partiel, en raison probablement de la forte proportion de femmes dans le secteur de la santé mais aussi de l'accès difficile aux postes d'infirmière à temps plein dans ce secteur. Par ailleurs, les travailleurs de la santé affichaient un taux de chômage relativement faible en 2001.

Dans les années 1990, les travailleurs de la santé ont, dans l'ensemble, affiché une hausse du revenu annuel médian deux fois supérieure à celle des travailleurs hors de la santé (6,4 %, contre 3,1 %). Les professionnels se sont démarqués avec la plus forte progression (15,1 %), suivis de loin par le personnel de soutien (7,9 %). Ces hausses reflètent en partie un accroissement de l'intensité du travail et de l'âge moyen.

Les effectifs d'infirmières (autorisées et auxiliaires) ont progressé plus lentement que la population totale, le nombre d'infirmières étant passé de 113,2 pour 10 000 habitants en 1991 à 98,4 en 2001.

Les conditions de travail difficiles de cette profession — longues heures, travail par quarts, manque de personnel et offre limitée de postes à temps plein — expliquent peut-être la chute du nombre d'inscriptions en sciences infirmières. Ces conditions sont peut-être aussi à l'origine du fait que les infirmières se retirent relativement tôt de la vie active. Malgré tout, la proportion d'infirmières à temps plein toute l'année s'est accrue depuis 1998, plus rapidement que celles à temps partiel. Ces gains ont été réalisés au détriment des postes occasionnels et expliquent probablement en partie le fait que les infirmières affichaient la hausse la plus forte du nombre d'heures de travail hebdomadaires de 1991 à 2001.

Les infirmières autorisées travaillant à temps plein toute l'année ont connu l'accroissement le plus marqué des gains annuels médians (8,0 %). Les infirmières auxiliaires ont, quant à elles, affiché une croissance modeste de 2,7 %. Ces accroissements reflètent une hausse du nombre d'heures de travail par semaine (2,1 %) et de l'âge moyen, mais peut-être aussi la rareté grandissante de ce genre de professionnelles.

Le Canada comptait 2,2 médecins pour 1 000 habitants en 2001, ce qui le place bien en deçà de la moyenne de 2,9 pour les pays de l'OCDE. Les provinces ont un ratio comparable (variant entre 2,2 et 2,4 médecins pour 1 000 habitants), sauf le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard ainsi que les Territoires, où ce ratio varie entre 1,7 et moins de 1 pour 1 000 habitants.

Les omnipraticiens et médecins spécialistes sont parmi les professionnels les plus âgés. Cela s'explique en partie par le faible nombre d'entrants dans la profession, qui lui-même résulte de la baisse du nombre d'inscriptions dans les facultés de médecine et des années d'études post-doctorales plus longues, la pratique de la médecine familiale diminuant au profit de la médecine spécialisée. Aussi, les médecins prennent leur retraite à un âge relativement avancé.

Les médecins spécialistes à temps plein toute l'année ont vu croître leurs gains annuels médians de 3,3 % en 2000 par rapport à 1990, tandis que les omnipraticiens ont vu les leurs baisser de 4,9 %. Ces variations diffèrent beaucoup de la croissance de 8,4 % enregistrée par les professionnels de la santé et sont survenues en dépit d'une hausse importante de l'âge moyen. Elles coïncident aussi avec une augmentation des effectifs féminins, une baisse des heures de travail par rapport à 1991 et un repli de la proportion de travailleurs autonomes.

Les femmes professionnelles de la santé travaillant à temps plein toute l'année touchaient 64 % du revenu de leurs homologues masculins en 2001. Cet écart varie grandement selon la profession, allant de 53 % chez les médecins spécialistes à 7 % chez les audiologistes, les orthophonistes, les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Après ajustement en fonction du nombre d'heures de travail plus faible chez les femmes, un écart important subsiste dans certains groupes de profession. Chez les médecins spécialistes et les omnipraticiens, le tiers de cet écart tient au fait que les femmes sont plus jeunes que les hommes et qu'elles ont moins tendance à travailler à leur compte. Le reste de l'écart peut être attribuable à des facteurs tels que le domaine de spécialisation, le fait que les femmes effectuent moins d'actes médicaux ainsi que des différences sexuelles non observables.

Perspective

Notes

1 La population active exclut ici les chômeurs n'ayant jamais travaillé puisqu'ils n'ont pu déclarer aucune profession. Dans cet article, les travailleurs familiaux et les personnes n'ayant pas déclaré de gains durant l'année précédant le recensement ont aussi été exclus.

2 Chez les travailleurs de la santé, le coefficient de corrélation entre la proportion de femmes dans chaque profession et la proportion travaillant à temps partiel est de .77.

3 Le revenu d'emploi moyen représente les salaires, les traitements et le revenu net d'un emploi autonome agricole ou non agricole.

4 La catégorie « à temps plein toute l'année » a été créée artificiellement puisque les semaines travaillées sont celles de l'année précédant le recensement, tandis que les heures travaillées sont celles de la semaine précédant le recensement. Cette catégorie a été retenue car les travailleurs à temps plein ont habituellement un régime de travail plus stable que le reste de la main-d'œuvre.

5 Y compris les infirmières en chef et les superviseures.

6 Ce ratio diffère de celui calculé à partir de la Base de données des infirmières et infirmiers autorisés (BDIIA) parce que le recensement ne distingue pas entre infirmières autorisées (IA) et infirmières psychiatriques autorisées (IPA). Dans les quatre provinces de l'Ouest, les IPA ne sont pas comprises dans le groupe des IA. Le ratio d'IA pour 10 000 habitants ne comprend donc pas les IPA et le ratio provenant de la BDIIA est plus faible en comparaison avec le ratio provenant du recensement. Contrairement au recensement, la BDIIA est une base de données administrative des infirmières qui se sont inscrites et qui ont obtenu l'autorisation de pratiquer. Les membres associés et inactifs et les infirmières travaillant à l'extérieur du Canada ou qui sont sorties du marché du travail sont exclues. Les chiffres concernant ce ratio proviennent des *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2002*, p. 53 (voir les *Documents consultés*).

7 Selon cette étude, l'âge moyen à la retraite du personnel infirmier se situe entre 55 et 58 ans.

8 Le nombre d'heures déclaré est celui de la semaine précédant le recensement pour tous les emplois occupés durant cette période. La proportion de cumulards parmi le personnel infirmier atteignait près de 16 % en 2002, selon la BDIIA et l'ICIS, contre moins de 5 % chez l'ensemble des travailleurs, selon l'Enquête sur la population active de 2002.

9 Il s'agit des art-thérapeutes, des ludothérapeutes et des musicothérapeutes.

10 À moins d'indication contraire, les données de cet article contiennent un petit nombre de Canadiens travaillant à l'étranger. Ces derniers pouvaient être identifiés en 2001 mais non en 1991. Pour fins de comparaison, ils ont été inclus en 2001. Leur nombre est cependant trop petit pour que les tendances générales en soient affectées.

11 Le ratio du Canada est calculé par l'OCDE à partir de la Base de données médicales Southam. La moyenne de 2,9 médecins pour 1 000 habitants dans l'ensemble des pays de l'OCDE se compare à 2,1 pour le Canada. Ce chiffre représente le nombre de médecins de la base de Southam auquel on a ajouté les résidents et les internes. Sans ces derniers le ratio est d'environ 1,87. Le ratio provenant du recensement de 2001, qui inclut les résidents et les internes est 2,2 donc légèrement plus élevé. Ces écarts s'expliquent par plusieurs facteurs. Contrairement au recensement, la base de Southam, par exemple, n'inclut pas les médecins en semi-retraite et les médecins des bases militaires. Les médecins travaillant à l'étranger sont exclus du recensement et de la base Southam.

12 Selon une étude de l'ICIS, 80 % des étudiants en médecine avaient opté pour la médecine familiale en 1992, contre 45 % en 2000.

13 En 2001, les omnipraticiens et médecins spécialistes indépendants ont touché presque deux fois le revenu des médecins salariés (130 000 $, contre 77 000 $). En 1991, les premiers ont gagné 125 000 $ et les seconds, 75 000 $.

14 Les médecins à leur compte doivent déclarer leur revenu net d'un emploi autonome, soit le revenu brut moins les dépenses d'exploitation.

Documents consultés

CHAN, TB BENJAMIN. « Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'œuvre médicale au Canada dans les années 1990 », Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa, 2002.

CLARKE, PAMELA. « Underbilling? », *Medical Post*, vol. 37, n° 16, 24 avril 2001, Internet : medicalpost.com.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) et STATISTIQUE CANADA. *Les soins de santé au Canada*, Ottawa, 2003.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Les dispensateurs de soins au Canada*, Ottawa, 2002.

---. *Envisager l'avenir : prévoir la retraite chez les infirmières autorisées au Canada*, Ottawa, 2003a.

---. *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés au Canada, 2002*, Ottawa, 2003b.

---. *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2002*, Ottawa, 2003c.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE). *Panorama de la santé — Indicateurs de l'OCDE 2003*, Internet : ocde.org.